

Nota técnica n. 04/2014

Assunto: urgência e emergência psiquiátrica

São frequentes as notícias de casos aportados nas Promotorias de Justiça de Proteção à Saúde Pública de falta de diligências, pelos aparatos de saúde municipais, para atender os casos de urgência ou emergência psiquiátrica, quer seja em unidades básicas de saúde (UBSs), em unidades de pronto-atendimento 24h (UPA 24h) ou em prontos-socorros de hospitais.

Em geral as justificativas apresentadas pelo gestores residem na impossibilidade de prestar serviços de saúde mental por falta de condições técnicas, estruturais e de pessoal treinado para este tipo de responsabilidade.

Assim, não são raras as demandas aportadas nas Promotorias de Justiça, de que pacientes com transtornos mentais, quer sejam decorrentes do uso de substâncias psicoativas ou não, em situações de urgência ou emergência, não teriam sido atendidos nas unidades básicas de saúde e/ou em hospitais.

Em todos essas situações se infere aparente falta de articulação e integração entre os pontos de atenção da rede, e, como consequência, a não oferta de ações e serviços a pessoas que deles necessitam, e que se acham em quadro agudo. Essa circunstância contribui para agravamento dos respectivos transtornos mentais, **prolongando a situação de vulnerabilidade pessoal e social**, em **indefinida** espera da adoção das medidas necessárias para o tratamento pendente, inclusive de eventual internação hospitalar.

A Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, principalmente no seu art. 3º, *caput*, considera ser

“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”.

Portanto, a assistência à saúde aos portadores de transtorno mental deve se dar no Sistema Único de Saúde, a princípio, a partir de suas portas de entrada do art. 9, I a III, do Decreto n. 7508/2011:

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial e

V - especiais de acesso aberto.

A atenção básica é o conjunto de ações de nível primário de assistência à saúde. É o ponto de contato preferencial com o SUS e em regra seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas de saúde (clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia), com a finalidade resolver os problemas mais frequentes e relevantes de saúde da população.

A organização e execução das ações da atenção básica é de responsabilidade direta da gestão municipal do SUS (Secretaria Municipal de Saúde) e engloba ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, **incluindo tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes, dentre os quais aqueles decorrentes do uso de substâncias psicoativas (drogadição e alcoolismo).**

Na organização da atenção primária, além dos equipamentos, recursos materiais e humanos, é salutar que o sistema funcione **em rede**, com garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, pelo princípio da integralidade.

O art. 7º da Lei n. 8080/90 diz:

“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

*II - **integralidade** de assistência, entendida como conjunto **articulado e contínuo** das ações e serviços preventivos e **curativos**, individuais e coletivos, **exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade** do sistema;”*

Tal dicção está, em parte, regulamentada hoje pelo art. 13, do Decreto n. 7508/11:

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

*I - **garantir** a transparência, **a integralidade** e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;*

saúde;

*II - **orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de***

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

As portas de entrada de urgência e a emergência são aquelas que se destinam a atender ocorrências imprevistas de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo paciente necessita de assistência médica imediata (urgência) e aquelas ocorrências, também imprevistas, com constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso (emergência). São os conceitos do art. 1º, da Resolução n. 1451/95, do CFM.

Os componentes da rede SUS para atender urgência e emergência são, em regra, as unidades básicas de saúde, os pronto-socorros, as unidades de pronto-atendimento (UPAs 24h), o serviço móvel Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica, pelo art. 4º da Portaria GM/MS n. 1600/2011:

“Art. 4º A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

*II - **Atenção Básica em Saúde;***

*III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (**SAMU 192**) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;*

IV - Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;

*VI - **Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;***

*VII - **Hospitalar;** e*

(...)

*Art. 6º O Componente **Atenção Básica em Saúde** tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o **primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.***

Ou seja: não é exato, como muitas vezes se observa na prática, as pessoas deixarem de ser atendidas em unidades básicas de saúde, ou por equipes da Estratégia Saúde da Família, por apresentarem quadro de urgência/emergência (de qualquer natureza, inclusive psiquiátrica), sendo meramente orientadas a buscarem assistência em UPAs, hospitais, prontos-socorros ou outros serviços exclusivos de urgência e emergência.

Ademais, há inúmeros casos de urgência/emergência (em especial clínica, ginecológica e pediátrica, mas inclusive psiquiátrica) que exigem ações de saúde de baixa complexidade, com tratamento meramente ambulatorial, que bem podem (e devem) ser efetuados na atenção básica. É o exemplo de criança com febre persistente, gestante com desconfortos, idoso em crise hipertensiva, pessoas com sintomas típicos de diarreias, viroses, resfriados, infantes com pequenos objetos inseridos em vias aéreas ou auditivas, pessoas em surtos psicóticos, etc.

São casos que, via de regra, podem ser acolhidos e atendidos por equipe médica e de enfermagem em consultórios de UBSs ou de ESF, que podem resolver a contento o quadro apresentado, ou, se necessário, apenas estabilizá-lo e de imediato encaminhá-lo para o serviço necessário dentro da rede SUS: se for necessária internação (de qualquer natureza, **inclusive psiquiátrica involuntária**), após a estabilização (dentro dos recursos e insumos ali existentes), o acionamento da rede, pelos fluxos estabelecidos pela respectiva Secretaria Municipal de Saúde, para obtenção do leito necessário, inclusive com eventual transporte sanitário, se necessário for.

Se assim funcionassem em regra os serviços de atenção básica em urgência e emergência, por certo as longas horas de filas de espera de pacientes em prontos-socorros, UPAs e outros serviços de urgência seriam reduzidas, deixando para os serviços de prontos-socorros aquelas hipóteses de urgência/emergência de alta complexidade, que exijam, de fato, retaguarda hospitalar (em especial de traumatologia e neurocirurgia).

*Art. 7º O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo **chegar precocemente à vítima** após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, **psiquiátricas**, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, **sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde** devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.*

Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à

estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

(...)

Art. 10. O Componente **Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h)** e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído:

I - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e

II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Art. 11. O Componente **Hospitalar** será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

Pela atual POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (Portaria GM-MS n. 1600/2011), as urgências e emergências psiquiátricas devem receber atendimento universal e integral:

Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

I - **ampliação do acesso e acolhimento** aos casos agudos demandados aos serviços de saúde **em todos os pontos de atenção**, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária **aos diferentes agravos**;

II - **garantia da universalidade, equidade e integralidade** no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, **psiquiátricas**, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

(...)

VI - **articulação e integração** dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

Ora, o que a Política Nacional de Urgências e Emergências acaba por preconizar é o próprio princípio da **isonomia no acesso**: todas as pessoas em urgências/emergências merecem o mesmo atendimento – quer seja de natureza traumática, clínica, psiquiátrica, pediátrica, etc, em todos os componentes da rede SUS.

Guarda-se assim correlação com o princípio referente ao “Padrão de Assistência” da Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental, da ONU de 17/12/1991 (“*todo usuário terá o direito de receber cuidados sociais e de saúde apropriados às necessidades de saúde, e **terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas com problemas de saúde***”).

Tudo isso, em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, baseada no art. 198 da CF/88 e nas Leis n. 8080/90 e n. 10216/01, compreende a inserção do portador de transtorno mental na rede de atenção à saúde (UBS, ESF, CAPS), com todo o tratamento que precisar, inclusive em nível hospitalar, quando necessário for, pelo art. 6º da Lei n. 10216/01:

*Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante **laudo médico** circunstanciado que caracterize os seus motivos.*

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

*II - internação **involuntária**: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e **a pedido de terceiro**; e*

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Nos atendimentos dos serviços de saúde locais (em UBS, ESF, UPA 24h, prontos-socorros e outros serviços de urgência), os casos de possível transtorno mental merecem a devida avaliação médica, após o que, quando constatado pelo respectivo médico responsável um agravo de saúde dessa natureza que exija internação hospitalar do paciente, a execução dessa internação é **imperativa** quando houver pedido de terceiro, **mesmo contra a vontade expressa do paciente** (ainda que seja maior e capaz) **e sem nenhuma prévia autorização judicial**, apenas com posterior comunicação ao Ministério Público em 72h por parte da direção do estabelecimento de saúde que receber o paciente, nos termos dos seguintes dispositivos da Lei n. 10.216/01:

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

Assim é que, esgotados os recursos extra-hospitalares e preenchidos os apontados requisitos legais para a internação involuntária (artigos 6º, inciso II, 7º e 8º da Lei nº 10.216/01), deve o gestor de saúde atuar de forma a **garantir a hospitalização de todos que dela necessitarem**, viabilizando rotina de encaminhamentos e leitos para tratamento, **independentemente de anuência do paciente ou prévia intervenção judicial**, com articulação com os CAPSs ou UBSs para articular e coordenar o cuidado (sobretudo para, na alta hospitalar, haver continuidade do tratamento na via ambulatorial - contrarreferência).

Na recente reorganização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde, pela Portaria GM/MS n. 3088/2011, a garantia de **acesso** em cuidado integral, com organização dos serviços em rede de atenção, foram alçadas à condição de diretrizes, com ênfase também como objetivos gerais:

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

*I - **ampliar o acesso** à atenção psicossocial da população em geral;*

*II - **promover o acesso** das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias **aos pontos de atenção**; e*

*III - **garantir a articulação e integração** dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.*

Como visto, os equipamentos de saúde da rede SUS que devem prestar serviços de urgência e emergência – nos quais as unidades básicas de saúde, as unidades de pronto-atendimento e os prontos-socorros e demais serviços de urgência e emergência de hospitais se inserem – também devem ser pontos de atenção na rede de saúde mental, com articulação com os demais equipamentos da rede, para atendimento integral ao paciente, nos termos do art. 8º da Portaria GM/MS n. 3088/2011:

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

*§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência **deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial**, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, **devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.***

Assim, não há dúvidas de que eventual negativa de médico em prestar assistência a pessoa em quadro agudo de qualquer natureza (inclusive psiquiátrico), sem prejuízo de eventual responsabilização criminal por omissão de socorro, poderá configurar infração ao artigo 7º, do Código de Ética Médica, segundo o qual é vedado ao médico

“Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria”

Contudo, sabe-se que, em geral, os profissionais de saúde, especialmente os médicos, **não se omitem** dessa forma, mas somente por falta de orientação e capacitação para o reconhecimento da urgência/emergência psiquiátrica (e para o respectivo manejo clínico do paciente em quadro agudo). Podem, não raro, deixar de prestar a assistência que o usuário necessitava naquele exato momento, sem a consequente articulação em rede para coordenar o cuidado, mormente quando a internação for a terapêutica indicada.

Assim, acabam não sendo detectadas hipóteses importantes de urgências/emergências psiquiátricas (como ideações suicidas significativas, inanição acentuada, alucinações, delírios, etc) ou as confundindo com meros desvios comportamentais (agressividade e/ou agitações psicomotoras intensas, muitas vezes decorrentes de síndrome de abstinência ou outros agravos).

Se os profissionais de medicina e enfermagem não estiverem orientados e capacitados para o reconhecimento da urgência/emergência psiquiátrica,

bem como para a referida articulação em rede para coordenar o cuidado, mormente quando a internação for a terapêutica indicada, a integralidade da assistência restará violada.¹

Então, assim se constatando, é importante que o Ministério Público concite a direção única da rede SUS em seu município para **garantir a todos os pacientes em fase aguda de transtorno mental (seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas) o acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência, em todos os componentes** (UBS, ESF, UPA 24h, pronto-socorro, SAMU, etc), em demanda espontânea ou referenciada. É curial provocar cada qual desses componentes a executar o atendimento assistencial dentro de sua capacidade instalada e quando, após o atendimento de urgência, o caso for referenciado para leito hospitalar (buscando a vaga junto à respectiva Central de Leitos) ou qualquer outro serviço (ambulatorial, CAPS ou outro), fazê-lo com o quadro clínico e psiquiátrico estabilizado.

Para tudo isso, por certo se deverá tensionar a Secretaria Municipal de Saúde e a correspondente Regional da Secretaria de Estado da Saúde (haja vista os deveres da gestão estadual do SUS previstos no art. 17, III, da Lei n. 8080/90) para **capacitação dos profissionais de saúde (especialmente os médicos) para detectar e prevenir os agravos de cunho mental, reconhecendo urgências e emergências e trata-las com o devido manejo clínico**, com estabilização do paciente (até de eventuais necessidades clínicas diversas) até o encaminhamento para o tratamento necessário (inclusive ao leito psiquiátrico, se necessário for), de todos os profissionais de saúde, dentro das atribuições técnicas de cada qual.

Nesse mesmo sentido, para se chegar ao melhor acolhimento e atendimento resolutivo a todas as pessoas sofredoras de transtornos mentais de qualquer natureza, será imprescindível concitar as gestões locais do SUS (do município e do Estado, pela Regional de Saúde) a promoverem a **articulação e integração entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência**, em especial as UBSs, equipes de ESF, UPAs 24h, prontos-socorros, hospitais e

¹ *Aliás, essa realidade está sendo enfrentada pela Promotoria de Justiça de Proteção à Saúde Pública de Curitiba, que, em atuação em inquérito civil nos últimos três anos, detectou que boa parte das supostas negativas de atendimento a pessoas em urgência e emergência de cunho psiquiátrico em UPAs e por parte do SAMU na capital não constituíam verdadeiras omissões de socorro: demonstravam dificuldades técnicas dos profissionais de medicina desses serviços, em reconhecimento e manejo clínico desses quadros agudos, em especial daqueles decorrentes da drogadição.*

Em face disso, com apoio deste CAO, ajustou-se com a Secretaria Municipal de Saúde a elaboração de um protocolo técnico de urgências e emergências psiquiátricas para subsidiar os médicos das centrais de regulação do SAMU, documento ainda em fase de final aprimoramento pela gestão do SUS em Curitiba, com diretrizes apresentadas à Promotoria. Quando da efetiva implantação nos próximos dias, o CAO dará ampla divulgação ao conteúdo desse protocolo, visto que seu conteúdo, para além de sua pertinência técnica, poderá ser aproveitado em outras esferas e pelas próprias Promotorias de Justiça do interior.

SAMU, com os Centros de Atenção Psicossocial, para qualificar o cuidado por meio do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, como previsto no art. 3º da referida Portaria, bem como para que os correspondentes CAPSs de referência (ou a UBS de origem, caso inexistente o CAPS) se relacionem de modo permanente e organizado com o demais pontos para **coordenar o cuidado**, em especial com eventual internação hospitalar (quando esta for a terapêutica indicada pela assistência médica), disso informando ao Ministério Público.

Para isso tudo, é possível a celebração de termo de ajustamento de conduta ou emissão de recomendação administrativa, para que a Secretaria Municipal de Saúde venha a:

a) garantir a pronta atenção à saúde de todas as pessoas portadoras de transtorno psíquico (inclusive por uso de álcool e drogas) que forem atendidas em suas unidades de saúde próprias, contratadas ou conveniadas, de urgência ou emergência (UPAs 24, SAMU, pronto-socorros, outros serviços de urgência), em demanda espontânea ou referenciada, cada qual realizando o cuidado assistencial dentro de sua capacidade instalada e quando, após o atendimento de urgência, e com a devida avaliação médica, o caso for referenciado para leito hospitalar (buscando a vaga junto à respectiva Central de Leitos) ou qualquer outro serviço (ambulatorial, CAPS ou outro), fazê-lo, de preferência, com o quadro clínico e psiquiátrico estabilizado;

b) garantir que todos os pontos de atenção de urgência e emergência da rede própria, contratada ou conveniada, sejam efetivamente responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, nos estritos termos do art. 8º da Portaria GM/MS n. 3088/2011 e do art. 6º da Lei n. 10.216/2001;

c) estabelecer os fluxos de atendimento nas portas de entrada e as referências/contrarreferências (artigos 9 e 13 do Decreto n. 7508/2011) na rede de atenção psicossocial, inclusive de urgência e emergência;

d) promover a capacitação e treinamento dos profissionais de medicina e enfermagem, bem como das autoridades sanitárias de cada unidade própria, **em especial dos médicos** para reconhecimento de casos agudos de agravos mentais de qualquer natureza e respectivo manejo clínico, e de todos os profissionais de saúde, dentro das atribuições técnicas de cada qual, para reconhecimento imediato, manejo e cuidado necessário a todos os casos de urgência e emergência psiquiátrica, inclusive por uso de álcool ou drogas, e

e) promover a articulação e integração entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência, em especial as UBSs, equipes de ESF, UPAs 24h, prontos-socorros, hospitais e SAMU, com os Centros de Atenção Psicossocial, para qualificar o cuidado por meio do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, como previsto no art. 3º da referida Portaria, bem como para que os correspondentes CAPSs de referência (ou a UBS de origem, caso inexistente o CAPS) sejam articulados com o demais pontos para coordenar o cuidado, em especial com eventual internação hospitalar (quando esta for a terapêutica indicada pela assistência médica).

Decorre do próprio princípio da integralidade, do art. 7º, II, da Lei n. 8080/90, a **articulação e integração** entre os pontos de atenção da atenção básica, da urgência emergência e da rede de atenção psicossocial, em especial organizando-se e capacitando seus agentes, **para que cessem ocorrências tão comuns quanto descabidas**, de servidores públicos de algumas municipalidades **orientando as pessoas a valerem-se do Ministério Público para obtenção de tratamento psiquiátrico** – quando, não raro, nenhum serviço de saúde sequer foi oportunizado àquela pessoa.

Nem sempre será possível a correção imediata dos problemas incidentes em cada município, fruto de suas próprias peculiaridades políticas, sociais, econômicas, demográficas, ambientais, culturais e sanitárias. Porém, é absolutamente necessário deflagrar o processo de ajustamento, inicialmente no plano administrativo, de forma a paulatinamente haver uma aproximação consistente com o “padrão ouro” de cuidados, enunciado nas linhas precedentes.

Esse processo implica em buscar um diagnóstico inicial da situação existente em cada município, e, de acordo com o apurado, estabelecer consenso com o gestor, acerca de um cronograma (via termo de ajustamento de conduta, por exemplo), de modo a atingir resultados objetivos numa determinada escala de prazos.

Enfim, tensionar as diversas instâncias do complexo público de saúde, desde a Secretaria Municipal de Saúde até a Secretaria de Estado da Saúde, inclusive o controle social, através do Conselho Municipal de Saúde, provocando cada qual ao efetivo exercício de suas atribuições, é tarefa primordial que se impõe ao Ministério Público na defesa da saúde pública, buscando reflexos mais significativos, a médio e longo prazo, para a população local, sem prejuízo do atendimento das demandas de cunho individual que ocorrem à Promotoria de Justiça de Proteção à Saúde Pública diariamente, as quais poderão ser sensivelmente reduzidas pela nossa atuação no âmbito coletivo.

Curitiba, 12 de maio de 2014.

FERNANDA NAGL GARCEZ
Promotora de Justiça

MARCO ANTONIO TEIXEIRA
Procurador de Justiça