



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

MONIQUE PATRÍCIA SUKEYOSI

**ASPECTOS LEGAIS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA
INVOLUNTÁRIA E O PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA
SUA FISCALIZAÇÃO**

CAMPINA GRANDE – PB
2012

MONIQUE PATRÍCIA SUKEYOSI

**ASPECTOS LEGAIS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA
INVOLUNTÁRIA E O PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA
SUA FISCALIZAÇÃO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Direito da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Luciano de Almeida Maracajá.

CAMPINA GRANDE – PB
2012

S948a Sukeyosi, Monique Patrícia.
Aspectos legais da internação psiquiátrica involuntária e o papel do Ministério Público na sua fiscalização [manuscrito] /Monique Patrícia Sukeyosi.– 2012.
27 f.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, 2012.
“Orientação: Prof. Dr. Luciano de Almeida Maracajá, Departamento de Direito”.

1. Reforma Psiquiátrica 2. Internação psiquiátrica involuntária 3. Ministério Público I. Título.

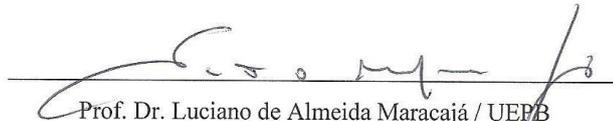
21. ed. CDD 616.84

MONIQUE PATRÍCIA SUKEYOSI

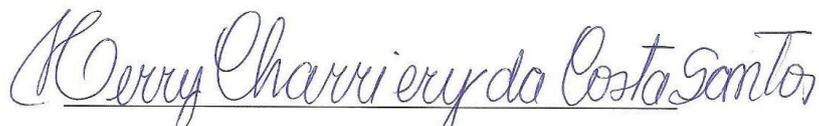
ASPECTOS LEGAIS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA
INVOLUNTÁRIA E O PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA
SUA FISCALIZAÇÃO

Artigo apresentado ao curso de
Direito da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento à
exigência para obtenção do grau de
Bacharel em Direito.

Aprovado em 22/06/2012.


Prof. Dr. Luciano de Almeida Maracajá / UEPB
Orientador


Prof. Esp. Renata Maria Brasileiro Sobral / UEPB
Examinadora


Prof. Me. Herry Charriery da Costa Santos / UEPB
Examinador

ASPECTOS LEGAIS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA E O PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA SUA FISCALIZAÇÃO

SUKEYOSI, Monique Patrícia¹

RESUMO

A questão da doença mental, por muitos anos, ficou relegada à Psiquiatria médica e aos internamentos em hospitais psiquiátricos, com características asilares, entendimento esse corroborado pelo Direito e pelo Estado. Porém, a partir da mudança de paradigma operada dentro do próprio saber psiquiátrico, que deslocou seu objeto de estudo do indivíduo portador de transtorno para a doença mental em si mesma, inicia-se um movimento social pelo reconhecimento do doente mental enquanto sujeito de direitos, conhecido como Luta Antimanicomial ou Reforma Psiquiátrica, fundamentada no conceito de desinstitucionalização e no reconhecimento da cidadania dos portadores de transtornos mentais, de modo que a Lei 10.216/2001 assegura que a internação psiquiátrica involuntária, aquela realizada sem o consentimento do paciente, deve ser entendida como último recurso de tratamento e, para tanto, determina que esse tipo de internação seja comunicado ao Ministério Público estadual. Nesse tocante, considerando que a reforma em si ainda está em fase de implementação, é imprescindível o debate acerca dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, acerca de como e por quem são tutelados, além do papel do Ministério Público com relação à internação psiquiátrica involuntária.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica; internação psiquiátrica involuntária; papel do Ministério Público.

¹ Estudante do Curso de Direito da UEPB e servidora pública do Ministério Público da Paraíba, lotada na Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos do Cidadão em Campina Grande. E-mail: monikesukeyosi@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

No decorrer da história da Humanidade, a percepção social da loucura sofreu grandes mutações. Na Idade Clássica, os loucos existiam como nômades, livres de qualquer entrave social. Já na Idade Média eram agrupados a todo tipo de segmentos sociais marginalizados, como ladrões, leprosos, prostitutas, e recolhidos para os hospitais gerais e as Santas Casas de Misericórdia, pois representavam perigo e ameaça à ordem social. Nesse contexto, a detenção não possuía significado de cuidado ou medicalização, nem tinha qualquer característica de natureza patológica, tendo em vista que os hospitais e santas casas nessa época possuíam função mista de recolhimento, correção e albergaria (AMARANTE, 1995). Deste modo, os loucos eram entendidos como marginais despossuídos de razão, sem receber qualquer preocupação médico-científico.

Amarante (1995) explica que somente a partir de meados do século XVIII inicia-se a construção de um olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: a doença mental. Gradativamente, a alienação mental passa a ser considerada critério de distinção do louco ante a ordem social, de forma tal que o internamento, que anteriormente era tido como uma prática de proteção e guarda da sociedade, começa a ser entendido com aspectos médicos e terapêuticos, iniciando o saber e a práxis psiquiátrica.

Quando a Psiquiatria passou a caracterizar o louco como elemento de risco e periculosidade social, inaugurou-se a institucionalização da loucura pela medicina. Refletindo tal entendimento na esfera jurídica, originou-se uma sobreposição de tratamento e punição. Conforme Amarante (1995, p. 25), “a relação tutelar para com o louco torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartografa territórios de segregação, morte e ausência de verdade”. Porém, o questionamento social e legal das formas de tratamentos psiquiátricos, notadamente o internamento manicomial, e ainda do reconhecimento dos direitos do portador de transtorno mental só teve início no século XX. Esse movimento é conhecido no Brasil como Reforma Psiquiátrica ou Luta Antimanicomial.

A Reforma Psiquiátrica brasileira sofreu grande influência da psiquiatria democrática italiana, que teve início na década de 1960 com Franco Basaglia. Esse médico psiquiatra propôs um novo olhar ao portador de transtorno mental, objetivando o resgate da cidadania negada, reconhecendo no doente mental sujeito de direitos sociais e civis.

Da experiência empreendida por Basaglia, surgiu o conceito de desinstitucionalização, base do movimento de reforma psiquiátrica a nível mundial, explicado por Amarante (1995, p. 494) da seguinte forma:

O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo (AMARANTE, 1995, p. 494).

A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início, de fato, na década de 1980, inserindo-se num contexto histórico importante da redemocratização, marcado por lutas sociais e políticas. Fundamenta-se, inicialmente, como uma reprovação da conjuntura do subsistema nacional de saúde mental. Contudo, também oferece uma crítica ferrenha às instituições psiquiátricas clássicas.

De acordo com Amarante (1995), esse percurso é constatado pela quebra ocorrida no processo de reforma psiquiátrica brasileira, quando deixa de ser afeto exclusivamente às transformações técnico-assistenciais para alcançar uma realidade mais complexa e global, tornando-se um processo que ocorre concomitantemente nas esferas técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural. Portanto, quando a discussão sobre a loucura deixa a esfera técnica para alcançar a sociedade de forma geral, várias outras questões são levantadas – principalmente as referentes aos direitos humanos – e o doente mental enquanto cidadão é deslocado para primeiro plano.

O Projeto de Lei 3.657/1989, de autoria do deputado Paulo Delgado, foi pensado e elaborado nessas circunstâncias de ebulição política e social, e teve como base a “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais”, o que originou a Lei Federal 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

A partir da concepção do portador de agravo mental como sujeito de direitos, este artigo propõe-se a analisar os aspectos legais da Internação Psiquiátrica Involuntária (doravante, IPI) a partir da Lei 10.216/2001 e da Portaria MS 2.391/2002, que constituem na atualidade as principais normas regentes das internações psiquiátricas procedimentalmente. Mais especificamente, este estudo tem por objetivo: (1) esclarecer o procedimento necessário, conforme as normas acima referidas, para que a IPI tenha lugar e seja considerada regular; e, dentro deste contexto, (2) identificar o campo de atuação do Ministério Público após o

conhecimento da IPI, observando se tal medida é capaz de assegurar o exercício pleno da cidadania dos doentes mentais.

A formulação desses objetivos baseia-se na premissa de que no Brasil, conforme pesquisa encomendada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)² realizada pelo Ibope em 2007, há aproximadamente 1,3 milhão de pessoas que sofrem de transtornos mentais graves e não são tratadas adequadamente, dados esses de extrema relevância para a saúde pública, dentro de uma perspectiva social do direito à saúde, à cidadania e aos direitos humanos.

Considerando esse universo tão vasto de indivíduos sem a devida atenção médica e inclusão social frente ao novo modelo de tratamento psiquiátrico surgido no país com a Lei da Reforma Psiquiátrica, que possui como finalidade básica a construção da cidadania do doente mental através da desinstitucionalização, torna-se imprescindível o debate acerca dos direitos desses sujeitos, de como são tutelados e por quem o são, especialmente nos casos de internação psiquiátrica sem o consentimento do paciente.

A fim de alcançar os objetivos propostos, na primeira seção apresentam-se os aspectos legais da IPI, entendidos como os requisitos e procedimentos prévios encontrados na Lei 10.216/2001 e na Portaria do Ministério da Saúde 2.391/2002, como forma de verificar a regularidade deste tipo de internação. Convém salientar que a descrição de tal procedimento não implica necessariamente no questionamento de sua legalidade. Na segunda seção, aborda-se a temática da cidadania dos portadores de transtorno mentais no Brasil, traçando uma breve evolução histórica dos direitos sociais dos doentes mentais. Já na terceira seção, analisa-se o papel esperado do Ministério Público pela sociedade e pelo Direito após o conhecimento da IPI. Por fim, na quarta seção, serão debatidos dados relacionados à presente situação de pacientes portadores de transtornos mentais no contexto do município de Campina Grande.

No tocante à metodologia, este estudo lança mão do método de procedimento analítico-descritivo, através da revisão bibliográfica e documental, bem como do levantamento de dados, como forma de analisar os ensinamentos de doutrinadores e autores cujas obras encontram-se publicadas em livros, revistas ou disponibilizadas em *web sites*, além do exame de textos legislativos e jurisprudências. Já em relação à tipologia, a pesquisa é caracterizada por ser descritiva (GIL, 2008), visto que busca explicar, classificar, esclarecer o problema apresentado, bem como exploratória, pois visa ao aperfeiçoamento das ideias com reflexões acerca do tema.

² Disponível em: [HTTP://noticias.terra.com.br/ciencia/interna/0,,OI1979553-EI298,00.html](http://noticias.terra.com.br/ciencia/interna/0,,OI1979553-EI298,00.html)

2 ASPECTOS LEGAIS DA IPI

A condição de cidadão inerente ao portador de transtorno mental traduz-se em direitos e garantias fundamentais de natureza constitucional. Com efeito, o artigo 5º, inciso LIV, da Constituição Federal de 1988 determina expressamente que “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”. Portanto, o sujeito acometido de transtorno mental tem direito de ser submetido a procedimentos que obedecem a padrões normativos pré-estabelecidos respaldados no princípio da legalidade, uma vez que esse tipo de tratamento é inquestionavelmente uma restrição ao direito fundamental da liberdade, não podendo ser considerado apenas um ato médico.

De fato, existe previsão legal de procedimentos que devem ser adotados nas internações psiquiátricas, consubstanciada na Lei Federal 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001, considerada na atualidade a principal fonte normativa das internações psiquiátricas³, dispondo sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental”.

Ainda em relação à lei supramencionada, seu artigo 6º, parágrafo único, estabelece três modalidades 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; III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça”.

Por sua vez, a Portaria 2.391/2002, confeccionada pelo Ministério da Saúde, regulamenta especificamente as internações psiquiátricas voluntária (IPV) e involuntária (IPI), instituindo procedimentos de controle e padronização da comunicação das referidas internações ao Ministério Público Estadual pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir do estudo das mencionadas normas, inferem-se alguns requisitos e/ou procedimentos para que a IPI possa ser considerada regular. Passa-se a descrevê-los nas duas subseções que seguem. Primeiramente, serão expostos os requisitos gerais; em seguida, o foco recairá naqueles requisitos que são considerados específicos.

³ Convém destacar que existem leis estaduais que foram promulgadas durante a tramitação do Projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado, baseadas nas suas propostas, e que ainda hoje se encontram vigentes, no que não for contrária a lei federal (Art. 24, CF/88), como exemplo: Lei 12.151/93 do estado do Ceará, Lei 11.064/94 do estado de Pernambuco, Lei 6.758/95 do estado do Rio Grande do Norte, entre outras.

2.1 REQUISITOS GERAIS DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

O artigo 2º da Lei 10.216/01 determina que em todos os atendimentos de saúde mental os indivíduos, incluindo familiares ou responsáveis legais, sejam esclarecidos “formalmente” sobre os direitos enumerados em seu parágrafo único. Estes abordam, basicamente, a forma do tratamento médico a ser dispensado ao paciente, protegendo-o de qualquer tipo de abuso ou exploração, assegurando explicação médica a respeito de sua doença e das formas de tratamento, acesso aos meios de comunicação, sigilo das informações prestadas, entre outros. Note-se que nenhum desses direitos é novo em nosso ordenamento jurídico; todos, inclusive, são de lastro constitucional (art. 5º). Porém, como explicam Amarante e Yasui (2003, p. 09, *apud* BRITTO, 2004, p. 94):

uma leitura mais atenta nos permite perceber que alguns itens são quase redundantes e lá estão como garantia de que as cotidianas violências submetidas àqueles pacientes não mais se repitam. (...) na história daquilo que se convencionava chamar de tratamento psiquiátrico, eram rotina para os pacientes: serem submetidos a abusos, explorações, não ter direito a sigilo de suas informações e serem submetidos a condutas terapêuticas violentas tais como ECT (eletroconvulsoterapia, conhecida como eletrochoque), lobotomia, etc. (AMARANTE; YASUI, 2003, p. 09, *apud* BRITTO, 2004, p. 94).

Outra limitação à internação psiquiátrica, de qualquer natureza, é a condição de que esta seja realizada como último recurso, ou seja, “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, tal como determina a Lei 10.216/2001. Apesar de o artigo 4º ser taxativo neste aspecto, a lei não define o que poderia vir a ser considerado insuficiente, deixando tal critério ser estipulado exclusivamente por ato médico.

O parágrafo 3º do artigo supracitado impõe o perfil das instituições onde se dará a internação psiquiátrica. Todavia, ao se posicionar sobre o tema, o legislador não descreve as características necessárias para tais instituições. Ao invés disso, declara o que elas não podem ser: “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”. Assim, a partir dessa proibição, respaldada nos direitos da pessoa acometida de transtorno mental, determina-se o contorno que devem assumir tais estabelecimentos, que podem ser qualificados, resumidamente:

com relação às condições socioambientais, o perfil imposto às instituições psiquiátricas exige delas que sejam estruturadas e organizadas de tal forma a assegurar aos pacientes assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, assistência social, psicológica, ocupacionais, de lazer e outras, bem como a preservação de privacidade, sigilo nas correspondências, acesso aos meios de

comunicação etc. Por outro lado, no que diz com as condições estritamente físicas, os leitos psiquiátricos devem ser compatíveis, com a manutenção de condutas higiênicas sadias, alimentação saudável, ambiente e vestuário limpos para que o indivíduo que venha a ser internado se sinta acolhido e bem tratado, posto que tais condições concretizam a ‘humanidade de tratamento’ imposta pela Lei nº 10.216/01 (inciso II do parágrafo único do art. 2º) (LIMA, 2011, p.109).

O artigo 6º da lei em questão condiciona as internações psiquiátricas à apresentação de “laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.” E, novamente, por não indicar quais poderiam ser esses motivos, deixa a decisão inicial de internamento restrita à esfera médica.

As condições elencadas até este ponto aplicam-se a todas as formas de internação psiquiátrica. Em seguida, o foco recairá sobre os requisitos específicos da IPI.

2.2 REQUISITOS ESPECÍFICOS DA IPI

Cumprir lembrar que nessa modalidade de internação a ausência de consentimento é elemento constitutivo do tipo. Essa falta de anuência deve ser entendida tanto como a ausência em sentido amplo, abarcando a incapacidade momentânea de consentir – como no caso de surto episódico –, quanto à negativa do portador de transtorno mental em ser internado por não concordar com tal medida (LIMA, 2011).

Dentro da perspectiva da falta de consentimento, questão importante que emerge diz respeito a quem é autorizado a requerer a IPI. A Lei 10.216/01 é bem abrangente nesse aspecto, declarando apenas que “terceiro” pode fazer o pedido. Portanto, não apenas familiares e representantes legais, mas qualquer pessoa é legitimada para requerer a IPI. Entretanto, de acordo com o art. 8º, a autorização de tal medida cabe apenas a médicos devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se localiza o estabelecimento em que se dará a internação.

O parágrafo 1º do mesmo artigo determina que a IPI, no prazo de 72 horas, deva ser “comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando a respectiva alta”. Embora a lei inove ao introduzir a participação do órgão ministerial, ela não expressa qual seria o objetivo dessa comunicação e tampouco determina quais seriam as consequências pelo descumprimento do ato pelo hospital.

No tocante à Portaria 2.391/02, esta é elaborada com vistas à regulamentação do controle das internações⁴ e à padronização das notificações de comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público Estadual, criando o modelo padrão do formulário, denominado “Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária” (ver Anexo 1), que – acompanhado pelo laudo médico – deve conter obrigatoriamente (art. 5º) os seguintes itens: (1) identificação do estabelecimento de saúde e do médico que autorizou a internação; (2) identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família; (3) a caracterização da internação como voluntária ou involuntária; (4) o motivo e a justificativa da internação, bem como a descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação; (5) o CID⁵; (6) informações ou dados do usuário pertinentes à Previdência Social (INSS); (7) referência quanto à capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não; (8) informações sobre o contexto familiar do paciente; e, por fim, (9) a previsão estimada do tempo de internação.

Aspecto importante a ser notado é a obrigatoriedade da fundamentação da discordância do paciente em relação à internação, contextualizando o histórico médico e familiar do paciente e, conseqüentemente, a justificativa do tratamento enquanto última medida a ser adotada.

Com relação ao papel do Ministério Público Estadual, a Portaria estabelece a resolução que o mesmo deverá manter registro das notificações das IPI e IPVI para controle e acompanhamento até o momento de alta do paciente, cujo formulário também é fornecido pela Portaria (art. 6º). Ademais, autoriza o *parquet* a solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, bem como realizar entrevistas com o internado, seus familiares ou quem mais julgar conveniente, podendo autorizar outros especialistas a examinar o internado, com vistas a oferecer parecer escrito (art.11).

A Portaria ainda prevê a criação da Comissão Revisora das IPI pelo gestor estadual do SUS, de caráter multiprofissional, composta de, pelo menos, “um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual”, sendo considerada relevante a participação de membros da sociedade civil, como associações de direitos humanos ou de usuários do serviço

⁴ Em seu art. 3º, a Portaria 2.391/02 prevê quatro modalidades de internação psiquiátrica: internação psiquiátrica involuntária (IPI); internação psiquiátrica voluntária (IPV); internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária (IPVI) e internação psiquiátrica compulsória (IPC). Todavia a IPVI é apenas a conversão de uma modalidade em outra. A mudança de consentimento deve ser comunicada ao Ministério Público.

⁵ Sigla para “Cadastro Internacional de Doenças”, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

de saúde mental (Art. 10). Ademais, possibilita ainda a criação de comissões em nível municipal ou microrregional.

A finalidade de tal comissão, como o próprio nome sugere, é de revisar e acompanhar as IPI após o recebimento da notificação pertinente. Para tanto, são conferidos poderes de confirmação ou suspensão do tratamento, através de laudo médico fundamentado, que deve ser confeccionado em até sete dias após a comunicação, e encaminhada cópia em 24 horas para o estabelecimento de saúde onde ocorreu a IPI. Apesar da grande responsabilidade que é conferida a essa comissão, a lei é nebulosa quanto ao que pode acontecer após o recebimento desse segundo laudo, oriundo da comissão, especialmente quando este for pela desnecessidade da IPI, gerando dúvidas quanto à responsabilidade do médico da instituição de saúde em prontamente acatar a decisão do laudo. Além disso, podem-se perceber ainda questões relacionadas a eventuais desaprovações dos familiares quanto à medida de desinternação, deixando lacunas que criam dúvidas e certa insegurança.

3 CIDADANIA DOS LOUCOS

Entre o Estado e o indivíduo existe um vínculo que é estabelecido a partir da criação de direitos e deveres, suas formas de aquisição e defesa, bem como hipóteses de perda. Desta forma, pode-se entender que a cidadania, enquanto capacidade material e imaterial de gozo dessas garantias, é uma criação estatal, vez que moldada e controlada pelo Estado. De antemão, é possível observar que a cidadania aqui pretendida é a de reconhecimento dos direitos renegados durante séculos ao alienado mental, sobretudo pelo Governo.

Desde sua origem na polis grega, o conceito de cidadania evoluiu de acordo com os rumos da sociedade e o modelo econômico vigente. Na clássica formulação de Marshall (1967), ao analisar a ideia de cidadania na Inglaterra pós-guerra, existem três camadas relacionadas à cidadania: direitos civis, caracterizados primordialmente pela liberdade individual; direitos políticos, consubstanciados na participação do sujeito na vida política e suas diversas formas de organização; e os direitos sociais, que podem ser identificados pelo direito de viver em comunidade, com acesso ao mínimo necessário garantidor de bem-estar financeiro e social. O autor ainda faz referência ao aparecimento desses tipos de direitos e às fases do capitalismo, respectivamente: mercantilismo, liberalismo e monopolismo. Levando-

se em consideração essa classificação, é imperativo observar que a própria cidadania está inserida dentro de um contexto de desigualdades sociais e dicotomias econômicas.

Porém, em qualquer fase, mesmo após a Revolução Francesa (1789 – 1799), que coincidiu com o estabelecimento da psiquiatria e a transformação da loucura em doença mental, não foi reconhecida nenhuma espécie de direito ao doente mental, apenas se declarou o Estado como responsável por prestar tratamento médico e proteção, o que foi feito através da internação psiquiátrica. Como expõe Birman (1992, p. 74, *apud* BRITTO, 2004, p. 60), “os loucos foram excluídos do estatuto de cidadania plena e do reconhecimento dos seus direitos fundamentais no espaço social”, porque não eram considerados capazes de expressão de vontades e prática de liberdade. Com isso, gradativamente ocorreu o isolamento total do alienado mental, tanto em âmbito familiar quanto no social, em virtude das práticas usuais das longas internações em hospitais psiquiátricos e de suas consequências: degradação, estagnação, alienação e exclusão.

No Brasil não foi muito diferente. A condição de cidadão, por muitos anos, ficou entrelaçada à participação em alguma categoria profissional regulamentada em lei, a chamada “cidadania regulada”, tal como esclarece Santos (1979):

Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. (...) são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações (...) e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões. (...) A cidadania está embutida na profissão e os direitos dos cidadãos restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei (SANTOS, 1979, p. 75, *apud* BRITTO, 2004, p. 63).

Assim, os profissionais que não tivessem suas atividades reconhecidas em lei não eram considerados cidadãos, vez que as legislações não os contemplavam como beneficiários. Novamente, a noção de cidadania nasce e se aplica desigualmente. Em relação ao doente mental, era virtualmente impossível a consideração, nesse ambiente, como cidadão, ante a sua impossibilidade mesma de trabalhar ou de ter uma profissão. Assim, confirmou-se sua exclusão absoluta sob a tutela e dever do Estado.

Somente com o movimento social de reforma psiquiátrica (1970/1980), coincidindo com o período de redemocratização brasileiro, iniciam-se os questionamentos quanto à instituição asilar e às práticas médicas, no intuito de humanizar o atendimento e efetivar a reabilitação. Surge o embrião do processo de reconhecimento do portador de transtorno

mental como sujeito de direitos, tornando-se essencial sua reinserção na sociedade para alcançar a plenitude de sua cidadania.

Fundamentalmente, a transformação imprescindível nessa reforma diz respeito à conscientização dos técnicos, da sociedade, da família e do próprio indivíduo acerca dos direitos sociais e civis básicos que assistem o doente mental. A Reforma Psiquiátrica preconiza a “reabilitação psicossocial das pessoas que apresentam transtornos mentais, mediante princípios, como respeito e recontextualização das suas diferenças, preservação de sua identidade e cidadania” (RELATÓRIO, 2001, p. 8). Será por meio da (des)construção de um nova perspectiva acerca do portador de transtorno mental pelos atores sociais atuantes da área que se confere a cidadania destes. Ceccarelli (2003, p. 22, *apud* LIMA, 2011, p. 80) alega ainda:

Falar de cidadania (do portador de transtorno mental) só faz sentido onde existe um compromisso social não apenas por parte daqueles engajados de maneira mais próxima com as políticas de saúde mental, mas igualmente da sociedade como um todo. Este ponto toca uma questão crucial tanto para a implantação quanto para a continuidade de todo o processo: a disponibilidade de todos para rever arraigadas posições preconceituosas e estigmas seculares em relação ao portador de sofrimento mental (CECCARELLI, 2003, p. 22, *apud* LIMA, 2011, p. 80).

O reconhecimento da cidadania renegada e a viabilidade jurídica de sua consecução ocorreram através da promulgação da Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Ao redirecionar o sistema em saúde mental através da desinstitucionalização, o governo assegurou, ao menos teoricamente, outras formas de tratamento, como os Centros de Assistência Psicossocial (CAPs) e as Residências Terapêuticas, privilegiando a vida comunitária e, com isso, o acesso aos bens necessários à tutela, como defensorias públicas, promotorias de justiça, etc.

Esse redirecionamento concernente ao sistema de saúde mental já era previsto no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, ao recomendar:

a implantação de uma política de desospitalização/substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e em conformidade com a Lei Federal nº 10.216/01 e Portaria/GM nº 799/00 (RELATÓRIO, 2001, p. 37).

Consoante esse entendimento e adstrito a temática desse relatório, foi aprovada a seguinte proposta na III Conferência Nacional de Saúde Mental (Relatório, 2001): garantir a Reforma Psiquiátrica a fim de impedir internações abusivas e desnecessárias, incentivando a

criação de alternativas de tratamento nos serviços substitutivos em todos os municípios brasileiros, de forma a respeitar e atender às necessidades e especificidades locais.

A IPI é situada em terreno nebuloso, pois diz respeito à representação contrária da própria reforma psiquiátrica, considerando que a questão da cidadania do doente mental pode – e deve – ser encarada como direito a receber assistência adequada, não obstante a premissa básica que decorre do processo de desinstitucionalização de que a internação psiquiátrica só terá lugar em sede de último recurso.

4 O PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

A instituição do Ministério Público modifica-se no tempo e espaço, mas não existe consenso na atualidade quanto à sua natureza jurídica e conceituação, principalmente no direito comparado, visto que:

Determinados autores pensam que o Ministério Público é um órgão de defesa da sociedade, como Esmein, Duguit e Hauriou. É uma magistratura de pé. Assim também pensa entre nós Carlos Maximiliano, quando declara: “O Ministério Público adquiriu, com a evolução social, considerável importância: em vez de ser um simples prolongamento do Executivo no seio dos tribunais, tornou-se a chamada – magistratura de pé. Não acusa sistematicamente; é órgão do Estado; mas também da sociedade e da lei. E em casos de evidente, incontestável justiça da causa do litigante particular ou de acusado, o representante do Ministério Público, em vez de o hostilizar, acorre em seu apoio”. Outros autores, como Philips, Goodnow e Ranelletti, pretendem que o Ministério Público é simples agente do Poder Executivo; autores italianos aludem ao mesmo como uma mera *avocatura dello stato*, presumindo que o interesse do Estado é sempre o da sociedade (PINTO, 1996, p. 446-447, *apud* RITT, 2007, p. 114).

Como é possível perceber, Pinto (1996) distingue o posicionamento de teóricos e doutrinadores com base no fato de que o Ministério Público pode ser concebido através de duas perspectivas: (a) uma que atribui ao órgão relevância social, com atribuições que extrapolam a função de fiscal da lei, devendo, pois, atuar em prol dos direitos negados ou violados de todo e qualquer indivíduo; e (b) outra que o entende como mero prolongamento do Executivo, incumbido-lhe a fiel aplicação da lei, em defesa do Estado. Contudo, o Ministério Público brasileiro possui sua própria trajetória, que lhe deu peculiaridades que o distingue dos demais países, como a sua localização na estrutura do Estado, a sua relação com a polícia, a forma de seleção de seus membros, garantias, entre outros.

No Brasil, durante o Estado Liberal, onde vigoravam concepções do liberalismo econômico e político, a atuação do Ministério Público ficava resumida a preservar os valores

sobre os quais se fundavam o liberalismo, especialmente a liberdade individual e autonomia de vontade das partes. Porém, o sistema jurídico adotado pelo Estado Social contemporâneo “não se limita mais a mediar as relações privadas e controlar as regras do jogo, passando a intervir, de forma incisiva, em busca de objetivos fundamentais de justiça social” (CHEQUER, 2007, p. 127).

Então, quando se modifica a intenção do Estado, os reflexos são sentidos profundamente no papel do Ministério Público dentro do Direito e frente à sociedade, como explica Tepedino (2004):

A preservação da ordem pública cometida ao *parquet*, não se identifica mais com a aplicação de sanção pelo descumprimento de leis. E o gendarme noturno, mero observador dos protagonistas sociais em ação, torna-se agente ativo e protagonista central, ele próprio, das transformações impostas à sociedade pelo constituinte. Por outro lado, se a repressão ao ilícito nada mais é que a reprovação de comportamentos considerados extravagantes à ordem preestabelecida, a atuação dos membros do Ministério Público, no Estado liberal, tinha características nitidamente conservadora e repressora. Não por acaso a sociedade atribui ao promotor de justiça do passado o estigma de solene, grave e conservador – e por que não dizer carrancudo –, aquele que apenas atua na esfera penal e que, no cível, não se sabe bem a que veio. Afinal, na ideologia do liberalismo o próprio direito era concebido como instrumento de manutenção de uma ordem pública em que Estado deveria estar distante da atividade econômica. O direito atuava, portanto, somente de maneira a reprimir ilícitos – tudo que não é proibido é permitido – e o Ministério Público haveria de cumprir o papel de zelar por aquela ordem pública, historicamente determinada. Não há qualquer demérito em relação a esse tipo de atuação. O que importa assinar, no entanto, é que tal função responde a uma lógica e a uma ideologia condizentes com o sistema positivo do passado, inteiramente diversas das que hoje presidem o ordenamento jurídico (TEPEDINO, 2004, p. 337, *apud* CHEQUER, 2007, p. 128).

É possível observar que o direito, enquanto reflexo das relações sociais e seus desmembramentos, atende às necessidades da sociedade no contexto de determinado momento histórico. Assim, durante o Estado Liberal, ao Ministério Público cabia apenas a promoção da ação penal ou tutela da liberdade do cidadão, pois essa era a orientação do próprio Governo. Porém, o Estado Social convoca o Ministério Público a ser promotor dos valores e objetivos inscritos na Constituição de 1988, concedendo a liberdade de iniciativa para defesa da sociedade. Portanto, a atuação do Ministério Público é muito mais ativa e de ações positivas, abarcando novas funções, a exemplo da promoção dos valores constitucionais tidos como prioritários pelo Constituinte, em função do *Welfare State*.

A seu passo, a Constituição Federal da República de 1988, também fruto da redemocratização do país, assegurou essa evolução histórica e social do Ministério Público, considerando-o filho da democracia, feito forte e independente para que possa defender a ordem pública, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis (art. 127, CF/88). Deste modo, a análise da atuação Ministerial no tocante ao conhecimento das internações psiquiátricas involuntárias deve ser feita através da teoria constitucional e das

novas concepções surgidas a partir do Estado Democrático de Direito. Assim, ainda que a Lei 10.216/01 não especifique expressamente qual seria o papel do *parquet* ao receber a notificação da IPI pela instituição de saúde, a incumbência constitucional permite determinar quais seriam as possibilidades – na verdade, deveres – de ação.

O art. 127 da Carta Magna ascende o Ministério Público à instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, regida pelos princípios da unidade, indivisibilidade e independência funcional. Pelo princípio da unidade, o Ministério Público é considerado um só, porém formado por diversos órgãos (art. 128, CF/88). O princípio da indivisibilidade autoriza que membros substituam uns aos outros, dentro da sua esfera de atuação e desde que não sejam arbitrários. Com relação ao princípio da independência funcional, o promotor/procurador possui autonomia e liberdade para decidir como agir nos casos que se apresentem, existindo hierarquia administrativa, e não funcional – atributos indispensáveis para exercer funções de controle e fiscalização.

Para tanto, as Leis Orgânicas⁶ dos Ministérios Públicos, Federal e Estaduais disponibilizam diversos meios extrajudiciais, como o inquérito civil público e procedimento administrativo. A fim de instruí-los, são concedidos: poder para requisitar informações, documentos, exames periciais de autoridades federais, estaduais e municipais, bem como dos seus órgãos de administração direta, indireta ou fundacional, e também de entidades privadas; requisição de diligências investigatórias e instauração de inquérito policial; poder de notificação para comparecimento, objetivando a colheita de depoimentos/esclarecimentos, sob pena de condução coercitiva; promoção de diligências investigatórias junto às autoridades, órgãos e entidades em esfera federal, estadual e municipal, da administração direta, indireta e fundacional, como hospitais e asilos, presídios, casas-abrigo, tendo livre acesso a todas; expedição de recomendações visando à orientação da prática de determinados atos; elaboração de termos de ajustamento de conduta, que tem natureza de título executivo extrajudicial; realização de audiências, etc. Obviamente, se a esfera administrativa não produz os efeitos esperados, abre-se espaço para a via judiciária através de instrumentos como: ação civil pública, mandado de segurança, medidas específicas de proteção, habeas corpus, etc.

⁶ Lei Complementar Federal 75, de 20 de Maio de 1993, dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União. Lei 8.625, de 12 de fevereiro de 1993, institui a Lei Orgânica do Ministério Público, dispõe sobre normas gerais para a organização do Ministério Público dos Estados e dá outras Providências. Lei Complementar Estadual 97, de 22 de dezembro de 2010, dispõe sobre a organização do Ministério Público do Estado da Paraíba.

É notório que a atuação ministerial, especialmente do Promotor de Justiça⁷, não está mais adstrita ao campo judicial. Atualmente, o Ministério Público surge perante a sociedade como um órgão mediador, capaz de dar celeridade na resolução de seus problemas cotidianos junto aos órgãos públicos municipais e estaduais, colocando o órgão a serviço da cidadania. É o membro que Silva (2001, p. 138) denomina de “promotor de fatos”:

Na defesa de interesses metaindividuais, dependendo do problema ou irregularidade, o *promotor de fatos* estabelece verdadeiros processos de negociação com prefeitos, secretários municipais e dirigentes de organizações não-governamentais, utilizando os procedimentos extrajudiciais de que dispõe. (...) O *promotor de fatos* vê-se não somente como defensor dos interesses e direitos metaindividuais, mas também como agente que deve buscar soluções para ‘resolver o problema social’ relacionado a tais direitos (SILVA, 2001, p. 138).

Esse tipo de articulação, em matéria de direitos coletivos individuais indisponíveis, pode e deve ser entendido como uma forma de evitar a via judicial, que muitas vezes mostra-se um caminho inseguro, extremamente lento e, muitas vezes, destituído do senso de justiça.

No que diz respeito à saúde mental, a Lei 10.216/01 trouxe mais uma responsabilidade para o Ministério Público ao determinar a comunicação da IPI. Isso não implica, no entanto, que antes o *parquet* não pudesse, a requerimento ou de ofício, adotar medidas para assegurar os direitos dos acometidos de doenças mentais, pois poderia o fazer através de fiscalizações e vistorias. Contudo, ao determinar expressamente a participação dessa instituição de Direito, quis o legislador garantir o controle dessa internação, pois ainda que seja um ato médico, o indivíduo está sendo privado de sua liberdade, o que poderia ser considerado crime sem o devido procedimento.

Atente-se para o fato de que a notificação da IPI não é recebida pelo Ministério Público como uma ação irregular, ao menos inicialmente. Possui conotação de transparência, confere garantia ao paciente e protege o próprio médico e a instituição de saúde, porque traz o órgão para dentro do sistema de saúde mental, o faz prestar atenção nos locais de internação, em como localmente estão funcionando os serviços extra-hospitalares e em como está sendo garantida a qualidade de vida do doente mental e de sua família. Sem descartar que sua presença pode ajudar a evitar eventuais irregularidades.

Em suma, o Ministério Público, por suas características determinantes e leis regentes, diz respeito ao órgão capaz e responsável por atuar na defesa e na garantia dos direitos dos portadores de transtorno mental. As ferramentas de que dispõe o habilitam para atuar tanto na esfera administrativa quanto na judiciária, se necessário, zelando para que a população receba

⁷ O promotor de justiça tem mais contato com a população das comarcas, principalmente nas do interior. Ele recebe a população e presta orientações, faz encaminhamentos, recebe denúncias, etc. Esses atendimentos fornecem informações importantes acerca das necessidades mais prementes da localidade.

a assistência em saúde mental conforme prometida em lei. Então, a atuação ministerial não está adstrita somente ao acompanhamento da IPI nem à verificação de sua legalidade, podendo desempenhar suas funções com o propósito de realizar convênios ou parcerias governamentais ou não-governamentais, a fim de que toda a legislação em saúde mental seja cumprida e até melhorada, sempre com vistas a alcançar a dignidade, os direitos fundamentais e a cidadania dos usuários e de seus familiares.

5 DADOS REFERENTES À SAÚDE MENTAL DE CAMPINA GRANDE

Serão apresentados nesta seção dados obtidos no Ministério Público em Campina Grande, como forma de promover uma abordagem teórico-reflexiva consolidada em relação à atuação do MP no contexto das IPI.

Conforme informação prestada pela Promotoria de Defesa da Saúde em Campina Grande (ver Anexo 2), órgão de execução do Ministério Público da Paraíba, a notificação do internamento de pacientes com transtornos mentais ao MP não se configura como um procedimento de prática adotado no Município, uma vez que as instituições de saúde, particulares e públicas que realizam internação psiquiátrica, seja voluntária e involuntária, nunca notificaram qualquer tipo de internamento ao Ministério Público. E, a *contrario sensu*, entende-se que a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, prevista na Portaria 2.391/02, também não foi constituída, nem em esfera estadual, nem municipal, tendo em vista que há a previsão expressa de participação de membro do Ministério Público Estadual, e a Promotoria de Justiça referida não possui conhecimento da sua existência.

Em contrapartida, essa omissão por parte das entidades hospitalares é o que torna a atuação do Ministério Público imprescindível antes mesmo da notificação da IPI: em momento prévio de articulação junto aos órgãos públicos municipais e estaduais com finalidade de exigir a implantação e cumprimento efetivo da Lei e portarias afins, garantindo a finalidade da norma.

Se existe uma rede extra-hospitalar de saúde mental eficiente, a tendência é a diminuição das internações psiquiátricas como também a melhoria da qualidade de vida dos usuários e de seus familiares. Daí a necessidade de fiscalização *ex officio* pelo Ministério Público objetivando garantir a eficácia desses serviços e evitar a desvirtualização dos mesmos. A título de justificativa dessa premência, considere-se que no município de Campina

Grande – PB existem seis residências terapêuticas (RT), que abrigam indivíduos egressos do Hospital Dr. João Ribeiro, interdito pelo Ministério da Saúde em abril de 2005. Dos 176 internos do hospital na época, 128 retornaram ao seu Município de origem e 48 foram distribuídos nas residências terapêuticas municipais, sendo três masculinas, uma mista e duas femininas, destas, uma é apenas para mulheres idosas⁸. De acordo com a Coordenação em Saúde Mental de Campina Grande, o objetivo dessas residências é a promoção da reinserção social de seus moradores, proporcionando-lhes autonomia, através do processo de reabilitação psicossocial, com reaprendizagem de atividades cotidianas e sociais necessárias para a vida em comunidade. Ressalte-se que esses pacientes oriundos do Hospital Dr. João Ribeiro, devido aos longos períodos de internação, variando entre 02 e 30 anos, perderam seus vínculos familiares, restando-lhes os cuidados proporcionados pelas equipes multidisciplinares das SRTs.

A manutenção financeira desses sujeitos em situação de vulnerabilidade social e psíquica é garantida pela Lei 8.742, de 07 de Dezembro de 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que regulamenta o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Este é um benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a previdência social. É benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a renda mensal de um salário mínimo ao idoso, considerado aquele com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com 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 igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar per capita deve ser inferior a ¼ do salário vigente⁹.

Todavia, de acordo com a Coordenação Municipal das Residências Terapêuticas, atualmente existem 44 moradores nas RTs, dentre os quais oito não possuem benefício assistencial, devido à falta de documentos pessoais ou a ausência de curador legal, e 1 possui patrimônio próprio que é administrado por familiar. Dos 35 restantes, apenas 14 têm a posse

⁸ Dados coletados do Inquérito Civil Público 002/2010, que possui como objeto a verificação de denúncia formulada pela Coordenação de Saúde Mental de Campina Grande a respeito de eventual desvirtuamento da aplicação de valores pagos a usuários das Residências Terapêuticas a título de benefício de prestação continuada, em trâmite na Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos do Cidadão em Campina Grande, com a devida autorização do Promotor de Justiça responsável (ver Anexo 3).

⁹ Disponível no site do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, acessado em 28/05/2012: www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc

do cartão de benefício e o usufruem em sua totalidade. Dentre os 21 moradores remanescentes, cinco não recebem nenhum repasse financeiro da família, apesar de possuírem o BPC, e 16 recebem a média de R\$ 200,00 (duzentos reais), situação já conflituosa, pois existe, de fato, o desvio do benefício assistencial.

Some-se a esse quadro o descaso afetivo aos moradores de tais residências, vez que poucos são os que recebem a visita de familiares. Em relatório social dos usuários das RTs cujos cartões de benefício BPC ficam com os familiares, oriundo da Coordenação Municipal das Residências Terapêuticas, a regra é a ausência de visitas familiares; na verdade, apenas uma moradora recebe regularmente seus parentes. Os demais ficam esquecidos, privados do convívio familiar. São mantidos apenas como fonte de renda. As condições desses moradores merecem atenção especial, principalmente em virtude de as internações por motivos sociais serem frequentes e se configurarem como resquícios de uma história muito recente.

Este quadro, em que o acometido de transtorno mental é privado da vida comunitária, do convívio familiar e social, é ponto crucial de combate do Movimento de Reforma Psiquiátrica e da Lei 10.216/2001. Conforme consignado no Relatório da III Conferência de Saúde Mental (2001, p. 37), recomenda-se: “impedir internações abusivas e desnecessárias, incentivando a criação de alternativas de tratamento nos serviços substitutivos em todos os municípios brasileiros, de forma a respeitar e atender às necessidades e especificidades locais”.

Diante do exposto, chega-se à conclusão de que a proposta de atuação ministerial mais adequada para a realidade de Campina Grande, considerando suas atribuições institucionais, seria a instauração de inquérito civil público objetivando promover as diligências necessárias para averiguar a situação de descumprimento da Lei 10.216/2001 e da Portaria 2.391/2002 pelas instituições de saúde, públicas e particulares, no tocante à ausência de notificação da IPI, bem como pelo gestor público do SUS referente à criação da comissão revisora da IPI, com vistas a subsidiar posicionamento ministerial sobre a matéria. E, caso seja necessário, propor Ação Civil Pública para a proteção dos interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos tutelados em nosso ordenamento jurídico, vez que o transtorno mental não é somente problema de saúde, mas insere-se nas questões sociais, culturais e políticas, bem como em todos os aspectos da vida moderna. E, ao se cumprir as normas da lógica antimanicomial, o portador de transtorno mental será tratado e respeitado enquanto ser humano, cidadão portador de direitos e de escolhas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho objetivou, em primeiro lugar, compreender o mecanismo da IPI, analisando as principais normas reguladoras do assunto para elucidar quais requisitos são indispensáveis para sua regularidade. Em seguida, buscou-se deslindar qual função compete ao Ministério Público estadual quando da notificação da IPI pelos estabelecimentos de saúde, sob a ótica de garantia da efetivação da cidadania plena do portador de transtorno mental.

Com relação ao primeiro objetivo, constatou-se a existência de vários atos sequenciais, todos de responsabilidade da equipe profissional do estabelecimento de saúde onde se dá a IPI, a saber: (a) a comunicação formal dos direitos do paciente; (b) características não-asilares do hospital; (c) laudo médico fundamentando a necessidade da IPI; (d) comunicação do internamento ao Ministério Público; e (e) criação da Comissão Revisora das IPIs.

A inexistência prática desses procedimentos sequenciais pode estar relacionada à opacidade da Lei 10.216/2001, que é omissa em muitos aspectos, especialmente no que concerne às internações psiquiátricas. Por exemplo, no caso de descumprimento ou omissão das instituições hospitalares, não é cominada nenhuma sanção, penalidade ou tipo de responsabilização, de forma que a lei não exerce a pressão de uma norma cogente, de natureza pública.

No que concerne ao segundo objetivo formulado, que está relacionado às funções que o MP pode assumir perante a comunicação da IPI, primeiramente é necessário salientar que o advento da Lei 10.216/2001 veio como resposta à mobilização social de famílias e profissionais envolvidos na área de saúde mental para o reconhecimento dos direitos, civis e sociais, do portador de sofrimento psíquico e, por isso, é considerada um marco histórico. Assim, pesando a evolução da luta antimanicomial, consubstanciada na desospitalização, o princípio da vida em comunidade assegurado ao doente mental é a essência da sua cidadania, sendo tal questão, de fato, prevista em vários diplomas internacionais, como a Carta de Princípios de Saúde Mental da ONU (1991) e a Declaração de Caracas (1990).

Pode-se afirmar que essa é a perspectiva para o correto entendimento da internação psiquiátrica, notadamente a involuntária, como a própria lei determina (art. 4º, Lei 10.216/01): considerada último recurso, quando insuficientes as medidas extra-hospitalares para o adequado tratamento do acometido de transtorno mental. A IPI é a exceção à regra, exceção ao direito de viver e trabalhar na comunidade.

Assim sendo, a atuação esperada do Ministério Público estadual, além de extrema importância, não se resume e nem começa no momento do recebimento da notificação da IPI, mas deve ser encarada como trabalho contínuo de acompanhamento, fiscalização e orientação das instituições de saúde, públicas e particulares, e de toda rede de saúde mental.

Ademais, é preciso ter em mente que a reforma psiquiátrica brasileira ainda está em fase de implementação e aperfeiçoamento, dependendo de escolhas governamentais de políticas públicas, da capacidade técnica dos profissionais atuantes na área em formular novos meios de compreender e lidar com a loucura e da capacidade de crescimento e adaptação dos usuários e familiares. Diante dessa complexidade de transformação e em função de sua grandiosidade, a reforma está sendo realizada de forma progressiva, porém irreversível¹⁰, num crescente de iniciativas e programas que orientam os serviços da rede municipal de saúde mental, tais como: Serviços Territoriais de Atenção Diária em Saúde Mental, de base comunitária (Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)); Oficinas Terapêuticas; Oficinas de Capacitação/Produção.

Devido ao histórico das internações psiquiátricas, torna-se premente a questão da segurança jurídica de que não ocorrerão internações arbitrárias, e essa função atualmente cabe ao Ministério Público, enquanto defensor do povo (art. 127, CF/88). Mais exatamente:

Na atual Constituição, o Ministério Público é uma instituição vocacionada para a veiculação das demandas socialmente relevantes, mormente quando sua satisfação seja velar pela ordem jurídica e democrática (art. 127, CF/88), constituído em agência institucional de vocalização dos interesses sociais (art. 129, incisos II III e V, CF/88). É neste sentido que o Ministério Público promove a aplicação das leis, a fim de que suas normas estejam presentes nas relações sociais, e não apenas nos textos legais. Suas atribuições permitem investigar e/ou propor às autoridades competentes as medidas adequadas para a correção das situações que infringem as disposições legislativas (MARCHEWKA, 2003, p. 66, *apud* BRITTO, 2004, p. 106).

Diante do exposto, pode-se perceber que a pesquisa bibliográfica realizada aqui abordou questões relevantes no que concerne aos direitos dos portadores de transtornos mentais, principalmente aqueles que são submetidos à IPI, tendo em vista que foi possível identificar os mecanismos legais necessários para que esse tipo de internação seja válida, bem como verificar que os papéis inerentes ao Ministério Público não se limitam apenas ao momento da notificação da IPI, mas, sim, à garantia de que a legislação seja cumprida dentro da lógica antimanicomial, o que requer um tipo de atuação que compreende desde a verificação, passando pela instrução do sistema em saúde mental, até eventuais sanções

¹⁰ De acordo com informações fornecidas no portal do Ministério da Saúde, “[a] Política Nacional de Saúde Mental tem como uma das suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial.” Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt+31354

encontradas em outros ramos do direito, como o penal, civil, trabalhista, etc., haja vista seu dever de proteção dos direitos fundamentais dos cidadãos – principalmente daqueles indivíduos socialmente necessitados e marginalizados. Este artigo deve servir de alerta para chamar atenção dos órgãos envolvidos, sejam do executivo municipal ou estadual, bem como o próprio Ministério Público, para o engajamento da política pública na lógica antimanicomial prevista na legislação pátria.

ABSTRACT

Issues related to mental illness were for many years relegated to psychiatry and medical admissions in psychiatric hospitals presenting nursing home features. Such a settlement was widely supported by the law and the State. However, in the context of the paradigm shift operated within the psychiatric knowledge – which transferred its object of study from the individual mental patients to the mental illness itself –, a social movement was initiated fostering the recognition of mental patients as subjects of rights, known as Anti-Asylum Movement or Psychiatric Reform, which is based on the concept of deinstitutionalization and the recognition of the citizenship of people with mental disorders, so that the Law 10.216/2001 ensures that involuntary psychiatric commitment, i.e., that type of hospitalization performed without the consent of the patient, should be understood as a last resort treatment and, therefore, determines that such an admission must be communicated to the State Attorney. In this regard, considering that the reform itself is still under implementation, it is crucial to promote debates about the rights of people with mental disorders, about how and by whom they are to be safeguarded, as well as the role of prosecutors in relation to involuntary psychiatric commitment.

KEYWORDS: Psychiatric Reform; involuntary psychiatric commitment; the role of State Attorney.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Alzira Alves de. **O que é o Ministério Público?** Série Sociedade & Cultura. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2010.

AMARANTE, Paulo. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica.** *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, Jul/Sep, 1995.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

BRASIL. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

_____. Portaria no 2391/GM, de 06 de dezembro de 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF, 2002.

BRITTO, Renata Corrêa. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01.** Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Rio de Janeiro: s.n., 2004. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Orientador: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho.

BOBBIO, Noberto. **A Era dos Direitos:** tradução de Carlos Nelson Coutinho. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 10ª reimpressão.

CHEQUER, Cláudio. **O Ministério Público e a Promoção dos Direitos Fundamentais nas Relações Privadas.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, II. Relatório Final. Brasília: 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, III. Relatório Final. Brasília: 2001.

DELDUQUE, Maria Célia; OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho. **O papel do ministério público no campo do direito e saúde, in Questões atuais de direito sanitário.** Brasília: Editora MS, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LIMA, Vanessa Batista Oliveira. **Constituição, direitos fundamentais e a disciplina normativa da internação psiquiátrica involuntária:** aspectos materiais e processuais. Fortaleza: 2011. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Fortaleza. Orientador: Prof. Dr. Francisco Humberto Cunha Filho.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, Classe Social e Status.** Rio de Janeiro: Labor, 1967.

MEDEIROS, Soraya Maria de; GUIMARAES, Jacileide. **Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. Ciênc. saúde coletiva.** São Paulo, v. 7, nº 3, 2002.

PINHEIRO, Gustavo Henrique de Aguiar. **O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira.** Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n. 3038, 26 out. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/20292>> Acesso em: 23 fev. 2012.

RITT, Eduardo. **O Ministério Público como instrumento de democracia e garantia constitucional.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SILVA, Cátia Aida. **Promotores de justiça e as novas formas de atuação em defesa de interesses sociais e coletivos.** In: _____. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 16, nº 45, fev. 2001.

ANEXO 1

(timbre da instituição)

_____, de _____ de 200_

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a internação do paciente abaixo relacionado:

COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA	
AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE _____ N° _____	
1. ESTABELECIMENTO	
Nome: _____	C.G.C.: _____

2. PACIENTE			
Nome: _____			
Pai: _____			
Mãe: _____			
Identidade N°: _____	Órgão exp.: _____	U.F.: _____	C.I.C.: _____
Naturalidade: _____	U.F.: _____	Nacionalidade: _____	
Data de Nasc.: ____/____/____	Estado Civil: _____	Profissão: _____	
Endereço: _____	Cidade: _____	UF: _____	
Acompanhante/Responsável			
Nome: _____	Grau de parentesco: _____		
Endereço: _____	Tel.: _____		
RG: _____	Assinatura: _____		

3. INTERNAÇÃO

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Local: _____

Motivo da Internação:

Justificativa da Involuntariedade:

Motivo de discordância do paciente quanto à internação:

Antecedentes psiquiátricos:

Tempo estimado da internação (dias): () 1 a 5 () 6 a 14 () 15 a 21 () 22 a 30 () mais de 30

Médico Responsável pela Internação:

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Contexto familiar:

4. Situação Jurídica do paciente: Interditado? () sim () não () informação ignorada
5. Dados sobre INSS:
6. Observações

ANEXO 2



MINISTÉRIO PÚBLICO DA PARAÍBA
PROMOTORIA DE DEFESA DOS DIREITOS DA SAÚDE
COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB
Rua Promotora Terezinha Lopes de Moura, S/N, Bairro Liberdade – C. Grande/PB – CEP 58410-064
Fone (83) 3321 2166 Ramais 214 e 223

CERTIDÃO

Em razão de solicitação realizada pela Acadêmica de Direito Monique P. Sukeyosi, certifico que desde a criação desta Promotoria de justiça, no ano de 2006, nunca houve a comunicação de Internações Psiquiátricas Involuntárias(IPI), por parte das instituições de saúde, publicas ou particulares, bem como não é de conhecimento desta técnica de promotoria, a existência de comissão revisora de IPI, conforme preconizado da Lei 10.216/2001 e na Portaria MS 2.391/02.

Campina Grande, 29 de maio de 2012


CECILIA FRANK CANDIDO ROLIM

Cecilia Frank C. Rolim
Técnica de Promotoria
Promotoria da Saúde
Mat. 701.105-7

ANEXO 3

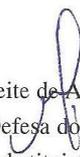


MINISTÉRIO PÚBLICO DA PARAÍBA
PROMOTORIA DE DEFESA DOS DIREITOS DO CIDADÃO NA COMARCA DE CAMPINA GRANDE
Rua Promotora Terezinha Lopes de Moura, s/nº, Complexo Judiciário, Estação Velha, 58.410 – 064, Campina Grande/PB
Telefones: (83) 3321.2166 / 3321.2425 / 3321.2308 / 3321.1939

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que concordo, na qualidade de Promotor de Justiça Substituto da Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos do Cidadão na Comarca de Campina Grande, Órgão de Execução do Ministério Público do Estado da Paraíba, com a realização de pesquisa e utilização de dados quantitativos por Monique P. Sukeyosi para instruir trabalho acadêmico de conclusão de curso, sob o título “As internações psiquiátricas involuntárias e o papel do Ministério Público em sua fiscalização”, nos autos do Inquérito Civil Público 002/2010, que possui como objeto a realização das diligências necessárias para nortear posicionamento ministerial sobre denúncia formulada pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande a respeito de eventual desvirtuamento da aplicação de valores pagos a usuários das residências terapêuticas a título de benefício de prestação continuada (BPC), estabelecido na Lei Federal 8.742/1993.

Em 24 de Maio de 2012.


Alcides Leite de Amorim
Promotor de Justiça de Defesa dos Direitos do Cidadão
Em substituição