

2524

ENTRE JUDICIALIZAÇÃO E JURIDICIZAÇÃO: POR UM MINISTÉRIO PÚBLICO RESOLUTIVO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

TEXTO PARA **DISCUSSÃO**

Luciana Barbosa Musse
Olívia Alves Gomes Pessoa
Selma Leite do Nascimento Sauerbronn de Souza



ENTRE JUDICIALIZAÇÃO E JURIDICIZAÇÃO: POR UM MINISTÉRIO PÚBLICO RESOLUTIVO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL¹

Luciana Barbosa Musse²

Olívia Alves Gomes Pessoa³

Selma Leite do Nascimento Sauerbronn de Souza⁴

1. As autoras agradecem à Escola Superior do Ministério Público da União (ESMPU) o suporte financeiro concedido para esta pesquisa.

2. Doutora e mestre em direito. Graduada em direito e psicologia. Pesquisadora.

3. Mestre em direitos humanos e cidadania. Graduada em ciência política. Assistente de pesquisa.

4. Mestre em direito. Graduada em direito. Vice Procuradora-Geral do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT). Coordenadora de pesquisa.

Governo Federal

Ministério da Economia

Ministro Paulo Guedes

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Carlos von Doellinger

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Manoel Rodrigues Junior

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**

Flávia de Holanda Schmidt

**Diretor de Estudos e Políticas
Macroeconômicas**

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**

Nilo Luiz Saccaro Júnior

**Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação
e Infraestrutura**

André Tortato Rauhen

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

**Diretor de Estudos e Relações Econômicas
e Políticas Internacionais**

Ivan Tiago Machado Oliveira

**Assessora-chefe de Imprensa
e Comunicação**

Mylena Fiori

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2019

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica
Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1. Brasil. 2. Aspectos Econômicos. 3. Aspectos Sociais.
I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).
Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

JEL: I18; K38.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 PEQUENAS NOTAS EM SAÚDE MENTAL	10
3 JURIDICIZAÇÃO E JUDICIALIZAÇÃO.....	17
4 ATUAÇÃO JUDICIAL DO MP EM SAÚDE MENTAL	21
5 JURIDICIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COMO ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO MINISTERIAL	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	44
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	48

SINOPSE

Este texto busca analisar como o Ministério Público (MP) brasileiro, enquanto instância de controle e garantia de direitos sociais e coletivos, pode assegurar a efetividade das políticas públicas em saúde mental e coibir o risco de retrocesso representado pelo possível retorno à centralidade das internações, sobretudo as forçadas, como estratégia de tratamento de pessoas adultas com transtorno mental ou que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. A pesquisa é de caráter teórico-jurídico e está pautada por fontes secundárias: *i*) bibliografia (nacional e estrangeira); e *ii*) documentos (normas – internacionais e legislação interna –, relatórios de gestão, ação civil pública, audiência pública, inquérito civil, recomendação, termo de ajustamento de conduta, grupo de trabalho, fiscalização) publicados e acessíveis nos *sites* institucionais do MP e do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). Busca identificar quais estratégias – judiciais (judicialização) e extrajudiciais (juridicização) – são privilegiadas pelo órgão ministerial para fiscalizar a implementação dessas políticas públicas e garantir a efetivação do direito à saúde mental do segmento de pessoas supramencionado. Ao final do percurso da pesquisa, conclui-se que não há um padrão de atuação do MP em relação a essa problemática. Entretanto, verifica-se que o *Parquet*, impulsionado pelo arcabouço jurídico-normativo de proteção e defesa dos direitos humanos e dos direitos fundamentais, busca combinar estratégias judiciais e extrajudiciais de atuação e se apresenta como um potente ator jurídico e político hábil para evitar ou, pelo menos, minimizar o risco de retrocesso dessas políticas públicas. Tal risco é ilustrado, muitas vezes, pela desnecessária judicialização das políticas públicas em saúde mental, que vem sendo feita não só, mas prevalentemente, por meio de internações forçadas, num flagrante desrespeito aos recém-conquistados direitos daquele segmento social e às normativas internas e internacionais que os garantem.

Palavras-chave: judicialização; juridicização; internações forçadas; Ministério Público; saúde mental.

ABSTRACT

The focus of this reflection is on how the Brazilian Public Prosecutor, entitled to guaranteeing social and collective rights, can ensure the effectiveness of mental health policies. It also seeks to evaluate to which extent the organization's strategies may offset the risks of retraction, represented by the increasing recourse to hospitalization, as a strategy for treating people with mental disorders and problems related to

alcohol and drug abuse. The research sought to identify which strategies – judicial (judicialization) and extrajudicial (juridicization) – are most commonly mobilized by the Public Prosecutor in order to oversee and enforce the implementation of public policies aimed at guaranteeing the right to mental health treatment to people with mental disorders or drug abuse. The analysis is characterized by a theoretical and legal nature and is based on secondary sources: bibliography and documents. The findings indicate that there is no clear pattern of action by the public prosecutors in relation to the issue. However, the Parquet, driven by the legal-normative framework for protecting and defending the human and fundamental rights of these people, seeks to combine judicial and extrajudicial strategies of action and presents itself as a potent juridical and political actor. By doing so, it has been able to avoid or, at least, minimize the risk of retraction of these public policies, as illustrated by the often unnecessary judicialization of mental health policies, which is being done not only, but predominantly, by forced hospitalizations, in flagrant disrespect to newly acquired rights of this group and the internal and international regulations that guarantee them.

Keywords: judicialization; juridicalization; forced hospitalizations; public prosecutor; mental health.

1 INTRODUÇÃO

É consensual o entendimento de que a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) é a responsável pela importante transição do perfil do Ministério Público (MP) brasileiro. Nesse sentido é que se dá seu reconhecimento, por um lado, como “instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado” e, por outro, se lhe atribui o “dever de defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis”, como previsto no art. 127 da CF/1988.¹

A transformação do perfil ministerial anteriormente mencionada já vinha sendo delineada por outras modificações expressas, previamente, na Lei Complementar (LC) nº 40/1981 – primeira Lei Orgânica do MP Estadual –, e depois, na LC nº 75/1993, que dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União (MPU).

A lei de ação civil pública, por sua vez, pode ser considerada um ponto-chave de tal processo, que muito contribuiu para essa mudança de paradigma institucional, pois agregou às atribuições do MP a atuação em questões coletivas, para além da atuação clássica na esfera penal.

A criação da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), instância do Ministério Público Federal (MPF), voltada para a defesa judicial e extrajudicial dos direitos civis e sociais estabelecidos na Carga Magna, foi outra importante inovação trazida pela LC nº 75/1993. Em cumprimento à sua missão, a PFDC tem se dedicado à efetivação e à defesa judicial e extrajudicial do direito à saúde mental e dos direitos das pessoas com transtornos mentais, o que se tornou, em 2008, tema prioritário da sua atuação.²

Nas esferas estadual e distrital, o MP instalou promotorias de defesa da saúde (pública), dos direitos do cidadão e de direitos humanos (e cidadania), com o mesmo propósito.

1. Comungam desse entendimento, a título ilustrativo, Arantes (2018), Asensi e Pinheiro (2012), Kerche (2009), Oliveira, Andrade e Milagres (2015), Pietro (2010) e Silva (2001).

2. Para acessar os relatórios de atividades, relatório de gestão, recomendações de demais documentos produzidos pela PFDC, verificar seu portal: <<https://bit.ly/35GG7VL>>.

O MP apresenta-se, então, ora como um órgão agente e ora como interveniente, ao agir como fiscal da lei, assim contribuindo para o fenômeno da judicialização. Hodiernamente, seus membros gozam de independência funcional e novas atribuições lhes foram outorgadas, notadamente a defesa dos direitos fundamentais sociais e coletivos – como o direito à saúde mental de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos com transtornos mentais e que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas –, por intermédio de estratégias extrajudiciais ou judiciais, o que nos remete à coexistente dialogicidade ou contraposição entre juridicização e judicialização, que será abordada em tópico específico.

Esse amplo arcabouço de atribuições recém-adquiridas faz do MP brasileiro uma instituição diferenciada, tanto em relação ao seu *status quo* anterior à CF/1988, quanto entre as congêneres ocidentais; de fato, enquanto os desenhos institucionais destas enfatizam o “ministério fiscal”, os novos contornos do *Parquet* brasileiro apontam para a coexistência entre um “ministério fiscal” e um “ministério defensor” dos direitos humanos e dos direitos fundamentais sociais (Aquino, 2002; Calabrich, 2014a, 2014b e 2014c; Costa, 2011; Dias, Fernando e Lima, 2011; Dulce, 2011; Fonseca, Correio e Correio, 2016; Guarnieri, 2011; Kerche, 2009; Marchisio, 2011; Massia, 2011; Prada, 2011).

Diante disso, buscar-se-á analisar o lugar da saúde mental na atuação do MP brasileiro e quais as estratégias judiciais e extrajudiciais privilegiadas pelo órgão ministerial para assegurar a efetividade dos direitos humanos e dos direitos fundamentais das pessoas adultas com transtornos mentais e que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como e das políticas públicas em saúde mental. Estas, desde a promulgação da Lei nº 10.216/2001, têm como alguns dos seus eixos centrais o cuidado em rede e na comunidade e a proteção dos direitos humanos e dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais. Busca-se, ademais, coibir o risco de retrocesso representado pelo possível retorno à centralidade das internações,³ sobretudo as forçadas, como estratégia de tratamento, que contrariam as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a área de saúde mental e a lei supracitada.

3. Em dezembro de 2017, foi aprovada a Resolução nº 32/2017 pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que faz alterações na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), dentre as quais destacamos a reinserção dos hospitais psiquiátricos como dispositivo componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Desde então, a PNSM vem passando por várias alterações, no sentido de ampliar o financiamento e a oferta de tratamento por meio de internação, quer em hospitais gerais, quer em hospitais psiquiátricos, quer em comunidades terapêuticas, em detrimento da oferta de atenção psicossocial em meio comunitário, como preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013; WHO, 2018) e a Lei nº 10.216/2001.

Tal reflexão está alinhada com os seguintes documentos internacionais ou regionais: a *Declaração universal dos direitos do homem*, da Organização das Nações Unidas (ONU, 1948; o *Pacto internacional sobre direitos civis e políticos*, da ONU (1966), promulgado no Brasil por meio do Decreto nº 592/1992; o *Corpo de princípios para a proteção de todas as pessoas sob qualquer forma de detenção ao aprisionamento*, da ONU (1988); a *Declaração de Caracas* (1990); a *Carta de princípios para a proteção da pessoa acometida de transtornos mentais e para a melhoria da assistência à saúde mental*, da ONU (1991); a *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*, da ONU (2007), aprovada pelo Congresso Nacional brasileiro por meio do Decreto nº 186/2008 e promulgado pela Presidência da República por intermédio do Decreto nº 6.949/2009; e o Plano de Ação sobre Saúde Mental, da OMS (2013).

Para realizar o percurso argumentativo proposto, este texto para discussão se apoia em análise teórico-jurídica, pautada por fontes secundárias, a saber: *i*) bibliografia nacional e estrangeira; e *ii*) documentos (legislação, relatórios de gestão da PFDC⁴ e dos MPs estaduais e distrital, bem como notícias e informações acessíveis⁵ sobre a atuação judicial e extrajudicial do MP extraídas dos seus *sites*,⁶ bem como do *site* do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP),⁷ que versem sobre ação civil pública, audiência pública, fiscalização, inquérito civil, recomendação, grupo de trabalho e termo de ajustamento

4. Disponível em: <<https://bit.ly/2XTLUpN>>.

5. Aqui, cabe um esclarecimento metodológico: os portais, os relatórios, as notícias, os portais da transparência dos órgãos ministeriais possuem acessibilidade, sistematizações e filtros diversos. Os dados em saúde mental, por exemplo, encontram-se majoritariamente compilados sob o termo-chave “saúde”, que abarca várias questões e áreas da saúde, além da própria saúde mental. O filtro “ano” varia muito, o que impede, por exemplo, uma análise comparativa sobre a maior ou menor atuação dos órgãos ministeriais, em saúde mental e internações involuntária e compulsória. A maioria dos *sites* traz informações a partir de 2016. Fugindo à regra, o *site* do Ministério Público de Minas Gerais, por exemplo, possibilita o acesso a dados a partir de 2009. Alguns portais permitem acessar os documentos na íntegra, enquanto outros trazem apenas dados básicos, como o número e a data do procedimento, comarca e partes.

6. Região Norte: Acre – disponível em: <<https://www.mpac.mp.br/>>; Amapá – disponível em: <<http://www.mpap.mp.br/>>; Amazonas – disponível em: <<https://www.mpam.mp.br/>>; Pará – disponível em: <<http://www.mppa.mp.br/>>; Rondônia – disponível em: <<https://www.mpro.mp.br/>>; Roraima – disponível em: <<https://www.mprr.mp.br/>>; Tocantins – disponível em: <<https://mpto.mp.br/portal/>>; Região Nordeste: Alagoas – disponível em: <<https://www.mpal.mp.br/>>; Bahia – disponível em: <<http://www.mpba.mp.br/>>; Ceará – disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/>>; Maranhão – disponível em: <<https://mpma.mp.br/>>; Paraíba – disponível em: <<http://www.mppb.mp.br/>>; Pernambuco – disponível em: <<http://www.mppe.mp.br/mppe/>>; Piauí – disponível em: <<https://www.mppi.mp.br/internet/>>; Rio Grande do Norte – <<https://www.mprn.mp.br/portal/>> e Sergipe – disponível em: <<http://www.mpse.mp.br/>>; Região Centro-Oeste: Distrito Federal – disponível em: <<http://www.mpdf.mp.br/portal/>>; Goiás – disponível em <<http://www.mpggo.mp.br/portal/>>; Mato Grosso – disponível em: <<https://www.mpmt.mp.br/>>; Mato Grosso do Sul – disponível em: <<https://www.mpms.mp.br/>>; Região Sudeste: Espírito Santo – disponível em: <<http://www.mpes.mp.br/>>; Minas Gerais – disponível em: <<https://www.mpmg.mp.br/>>; Rio de Janeiro – disponível em: <<http://www.mprj.mp.br/>>; São Paulo – disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/home/home_interna>; Região Sul: Paraná – disponível em: <<http://www.mppr.mp.br/>>; Rio Grande do Sul – disponível em: <<https://www.mprs.mp.br/>>; Santa Catarina – disponível em: <<https://mpsc.mp.br/>>.

7. Disponível em: <<http://www.cntp.mp.br/portal/>>.

de conduta em saúde mental, internação involuntária ou compulsória de pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso abusivo de álcool ou outras drogas. O texto está organizado em quatro seções, além desta introdução e das considerações finais. Traremos na primeira seção uma sintética contextualização de alguns dos principais conceitos e fundamentos em saúde mental. Na sequência, analisaremos os fenômenos contemporâneos da juridicização e da judicialização. A terceira seção será destinada à abordagem dos instrumentos de atuação judicial e extrajudicial em saúde mental que se encontram à disposição do MP, e que são por ele manejados para a resolução dos conflitos e garantia de direitos. Dedicaremos a última seção à juridicização em saúde mental.

2 PEQUENAS NOTAS EM SAÚDE MENTAL

Esta seção tem o propósito de, primeiramente, fazer uma contextualização sintética sobre as principais transformações terapêuticas e políticas historicamente construídas, que possibilitaram mudanças na forma de o Estado e a sociedade brasileira tratarem as pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso de drogas. Outro propósito é o de apresentar o estatuto atual da questão, a partir do olhar da OMS, que pauta diretrizes para as normas e políticas públicas dos países-membros da ONU, e como a atual Política de Saúde Mental indica um distanciamento dessas perspectivas inclusivas e democratizantes.

2.1 Do modelo manicomial ao modelo comunitário: alguns apontamentos sobre a democratização da assistência em saúde mental no Brasil

Desde a década de 1970, profissionais da saúde, pessoas com transtornos mentais e seus familiares – organizados por intermédio de movimentos sociais, como a luta antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica⁸ e o movimento dos trabalhadores em saúde mental – vêm empreendendo esforços transformadores da condição dessa categoria social.

A marginalização e a internação cronicantes passaram a ser substituídas pela permanência ou pelo retorno ao convívio social. A ênfase na doença mental cedeu lugar à saúde mental. Médicos, enfermeiros e psicólogos passaram a compartilhar

8. No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica é caracterizado como um “processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (Brasil, 2005, p. 6).

espaço, poder e conhecimento com outros profissionais da saúde, de outras áreas do saber e com os próprios usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, para garantir-lhes uma assistência integral e comunitária à saúde mental.

Esse processo nacional foi impulsionado por contribuições teóricas e práticas estrangeiras – psiquiatria de setor⁹ e psicoterapia institucional,¹⁰ ambas de origem

9. A Psiquiatria de setor – “nova forma de organização de serviços psiquiátricos e de estruturação de um serviço de acesso público universal, reformulando o hospital psiquiátrico e criando “instituições” intermediárias, extra hospitalares, em um território setorizado. O hospital se divide ao mesmo tempo em que o território e uma mesma equipe atende tanto as camas hospitalares como os recursos extra hospitalares “do seu setor”, garantindo a continuidade dos cuidados. Desde o início dos anos 1950, se desenvolvem experiências com base no setor, a mais conhecida é a do 13º distrito de Paris, entre outras, mas somente em 1960 o governo o consagra como uma política oficial, dividindo o país em setores de aproximadamente 70 mil habitantes (são delimitadas áreas de 50 a 100 mil habitantes para cada setor, que deveriam ter leitos no hospital, dispensários de higiene mental, hospitais-dia e oficinas terapêuticas protegidas). Entre os princípios incluídos na circular que estabelece o sector, constam: a unidade e indivisibilidade da prevenção e cura; tratamento como precocemente possível; a hospitalização não é mais do que um momento do tratamento; assegurar o pós-cura, evitando recorrências; a continuidade dos cuidados é assegurada por um mesma equipe médico-social sob a responsabilidade de um chefe do setor. A atenção infantojuvenil é dividida, criando serviços próprios, as interseções infantojuvenis, que correspondem a três setores psiquiátricos adultos (200 mil habitantes).” (Desviant e Moreno, 2012, p. 30). No original: “*Nueva forma de organización de los servicios psiquiátricos, de estructurar un servicio público de acceso universal, renovando el hospital psiquiátrico y creando “instituciones” intermedias, extra hospitalarias, en un territorio sectorizado. El hospital se divide al tiempo que el territorio y un mismo equipo atiende tanto las camas hospitalarias como los recursos extra hospitalarios “de su sector”, garantizando la continuidad de cuidados. Desde comienzos de los años 50 se desarrollan experiencias basadas en el sector, entre otras la muy conocida del distrito XIII de París, pero no es hasta 1960 cuando el gobierno lo consagra como política oficial, dividiendo el país en sectores de aproximadamente 70.000 mil habitantes (se delimitan áreas de 50 a 100.000 habitantes para cada sector que deberán contar con camas en el hospital, dispensarios de higiene mental, hospital de día y talleres protegidos). Entre los principios que recoge la circular que establece el sector están: la unidad e indivisibilidad de la prevención y de la cura; tratamiento lo más precoz posible; la hospitalización no es más que un momento del tratamiento; asegurar la post-cura, evitando las recidivas; la continuidad de atención está asegurada por un mismo equipo médico-social bajo la responsabilidad de un jefe del sector. La atención infanto-juvenil se escinde, creando servicios propios, los intersectores infanto-juveniles que corresponden a tres sectores psiquiátricos de adultos (200.000 habitantes)”*”.

10. A Psicoterapia institucional – “A psicoterapia institucional constitui, sem dúvida, a tentativa mais rigorosa de salvar o hospital psiquiátrico, de devolver-lhe a função terapêutica pretendida com a qual surge. Influenciada pela psicanálise, busca organizar o hospital psiquiátrico como um campo de relações significativas, de usar, em um sentido terapêutico, os intercâmbios existentes dentro da instituição. A hipótese inicial é que, na instituição total (hospital, prisão), todos estão doentes. Portanto, a terapia deve cobrir todo o hospital, pessoal e doente; é a instituição como um todo que deve ser tratada. Foi Francesc Tosquelles, um psiquiatra republicano espanhol refugiado na França após a vitória franquista, que no Hospital Saint Alban, em plena Segunda Guerra Mundial, organizou a instituição como ‘coletivo terapêutico’, colocando as bases do que viria a ser a psicoterapia institucional. Entre seus princípios, temos: liberdade de movimento, lugares estruturados, contratos facilmente revisáveis, acolhidas permanentes e grades simbólicas” (Desviant e Moreno, 2012, p. 29-30). No original: “*La psicoterapia institucional constituye sin duda el intento más riguroso de salvar el hospital psiquiátrico, de devolverle a la pretendida función terapéutica con la que surge. Influida por el psicoanálisis, trata de organizar el hospital psiquiátrico como un campo de relaciones significantes, de utilizar en un sentido terapéutico los sistemas de intercambio existentes en el interior de la institución. La hipótesis de partida es que en la institución total (hospital, prisión), todo el mundo está enfermo. Por tanto, la terapia debe abarcar a todo el hospital, personal y enfermos; es la institución en su conjunto la que debe ser tratada. Fue Francesc Tosquelles, un psiquiatra republicano español refugiado en Francia tras la victoria franquista, quien en el Hospital de Saint Alban, en plena Segunda Guerra Mundial, organiza la institución como un “colectivo terapéutico”, sentando las bases de lo que será la psicoterapia institucional. Entre sus principios: libertad de circulación, lugares estructurados, contratos fácilmente revisables, una acogida permanente y rejas simbólicas”*”.

francesa; psiquiatria preventiva ou comunitária estadunidense;¹¹ a comunidade terapêutica¹² e a antipsiquiatria,¹³ inglesas; e a psiquiatria democrática,¹⁴ italiana (Basaglia, 1985). Entre elas, a que maior impacto gerou no campo da saúde mental e entre os profissionais brasileiros – que vinham, desde os anos 1950 e 1960, denunciando os problemas e a falência do modelo manicomial e apresentando alternativas à internação e à medicalização – foi a psiquiatria democrática, que tem em Franco Basaglia seu principal representante.

11. A Psiquiatria preventiva ou comunitária surgiu nos Estados Unidos, também na década de 1960, incentivada pelo governo Kennedy, com a proposta de que seria possível tratar e evitar as doenças, formando uma comunidade mentalmente sadia, substituindo o objeto da doença mental para a saúde mental (Amarante, 2003 *apud* PUC/RJ, s.d.).

12. A Comunidade terapêutica, conforme Lucio Schittar (1985, p. 136-137), “é uma invenção tipicamente anglo-saxã”, que remonta aos Tuke, Conolly, no século XIX, até chegar a Maxwell Jones, que colocou em xeque o poder médico e buscava implementar “discussões em grupo dos problemas que iam surgindo na vida comunitária, discussões das quais pacientes, médicos, enfermeiros e assistentes sociais deveriam participar a título igual, com os mesmos direitos e com igual capacidade de decisão”. Outras experiências somaram-se à contribuição de Jones, o que, por um lado, impossibilita a fixação de um modelo de comunidade terapêutica, mas, por outro, permite encontrar características comuns às diversas concepções de comunidade terapêutica, conforme Clark e Rapoport (*apud* Schittar, 1985, p. 140-141). São elas: “i) liberdade de comunicação; ii) análise das situações vivenciadas sob as perspectivas das dinâmicas individual e interpessoal; iii) tendência à destruição da relação tradicional de autoridade; iv) possibilidade de aproveitamento de ocasiões de reeducação social; v) realização de reuniões periódicas; vi) democratização; vii) permissividade; viii) comunidade de intenção de objetivos; ix) confronto com a realidade”.

13. “Embora o termo ‘antipsiquiatria’ tenha sido criado por David Cooper em um contexto muito preciso, ele serviu para designar um movimento político de desafio radical do conhecimento psiquiátrico, desenvolvido entre 1955 e 1975 nos Estados onde a psiquiatria e a psicanálise se institucionalizaram como saberes reguladores de normalidade e anormalidade. Na Grã-Bretanha, com Ronald Laing e o próprio David Cooper; nos Estados Unidos, com as comunidades terapêuticas e o trabalho de Thomas Szasz. A antipsiquiatria tentou reformar o manicômio e transformar as relações entre o pessoal e os internados, no sentido de uma grande abertura para o mundo da ‘loucura’, eliminando a própria noção de doença mental.” (Rocca, 2011, p. 10). No original: “*Aunque el término antipsiquiatria fue creado por David Cooper en un contexto muy preciso, sirvió para designar un movimiento político de impugnación radical del saber psiquiátrico, que se desarrolló entre 1955 y 1975 en los Estados donde se habían institucionalizado la psiquiatria y el psicoanálisis como saber regulador de la normalidad y la anormalidad. En Gran Bretaña, con Ronald Laing y el mismo David Cooper; en los Estados Unidos, con las comunidades terapéuticas y los trabajos de Thomas Szasz. La antipsiquiatria ha tratado de reformar el asilo y transformar las relaciones entre el personal y los internados en el sentido de una gran apertura al mundo de “la locura”, eliminando la noción misma de enfermedad mental.*”

“O argumento principal do movimento era que a doença psiquiátrica não tem uma natureza médica, mas sim social, política e legal: é a sociedade, e não a natureza, que define o que é esquizofrenia e depressão. Se a doença psiquiátrica é assim socialmente construída, ela tem de ser desconstruída, no interesse de libertar do estigma da ‘patologia’ os espíritos livres e desviantes, e as pessoas excepcionalmente criativas. Por outras palavras, isso de doença psiquiátrica era coisa que não existia. Era só um mito” (Shorter, 2001, p. 273).

14. “A Psiquiatria Democrática italiana surgiu nos anos de 1960, a partir do trabalho iniciado pelo médico Franco Basaglia, em Gorizia, na Itália. A Psiquiatria Democrática Italiana formulou um pensamento e uma prática institucional originais ao propor a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não só como a estrutura física do hospício, mas também, como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentavam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização do ser humano. Seu objetivo era de construir bases sociais mais amplas para viabilizar a reforma psiquiátrica em toda a Itália (Amarante, 2003; 2007 *apud* PUC/RJ, s.d.).

Na perspectiva normativa, a Reforma Psiquiátrica brasileira e a Lei nº 10.216/2001 estão ancoradas nos princípios e paradigmas da *Declaração de Caracas* (1990) e da *Carta de princípios para a proteção da pessoa acometida de transtornos mentais e para a melhoria da assistência à saúde mental* (1991) e, mais recentemente, na *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência* (2007), da ONU.

A política pública de saúde mental, desenvolvida nos últimos trinta anos a partir dessas contribuições, pauta-se, em síntese, no que é descrito a seguir.

- 1) Substituição do modelo hospitalocêntrico, que tem a internação como estratégia nuclear ou exclusiva pelo modelo comunitário, psicossocial, no território e, por isso, a internação, se e quando ocorrer, deverá ser excepcional e breve (Princípio 7 da *Carta*; art. 2º, IX e art. 4º da Lei nº 10.216/2001).
- 2) Aplicação dos recursos, cuidados e tratamentos em saúde mental e drogas, de modo a possibilitar o retorno (desinstitucionalização) e a permanência da pessoa em seu meio comunitário, o que exige o respeito aos seus “direitos humanos e civis”, na esfera internacional, e aos “direitos fundamentais”, na órbita interna (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/2001).
- 3) Não discriminação de qualquer natureza, inclusive na confecção de diagnóstico de um transtorno mental/dependência de drogas, que deverá ser elaborado a partir de padrões técnico-científicos internacionais, e não se ancorar na condição social, econômica ou política do indivíduo ou do seu “grupo cultural, racial ou religioso”; nos conflitos familiares ou profissionais nos quais o indivíduo possa ter se envolvido, assim como na não conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, crenças religiosas prevalentes na sua comunidade ou qualquer outra variável que não tenha relação ou relevância “para o estado de saúde mental da pessoa” (Princípio 2 da *Carta*).
- 4) Asseguramento ao usuário do “direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física dos outros” (ONU, 1991; art. 2º, VIII da Lei nº 10.216/2001).
- 5) Exigência da preservação e aumento da autonomia dessas pessoas, durante o tratamento (Princípio 9, 4 da *Carta*).
- 6) Obrigatoriedade da obtenção do consentimento informado do usuário para a realização do tratamento por meio de internação e pelo entendimento de que ele não se reduz à assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE). A necessidade da internação deverá ser explicada ao paciente, que, se a compreende, tanto pode aderir voluntária e autonomamente a essa modalidade de tratamento, quanto poderá recusar-se a realizar ou continuar o tratamento, podendo, inclusive, “deixar o estabelecimento a qualquer momento” (art. 7º da Lei nº 10.216/2001).

- 7) Excepcionalidade e brevidade da internação involuntária, que deverá ser indicada ou cancelada por médico inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM) da localidade em que se encontra o dispositivo de internação:
 - a) comprovação de que o usuário está “incapacitado para dar ou recusar o consentimento informado ao plano de tratamento proposto ou, se a legislação nacional permitir, e considerando a segurança do próprio usuário ou a de outros, o usuário tenha recusado irracionalmente tal consentimento”; (ONU, 1991)
 - b) o usuário for melhor atendido pelo plano de tratamento proposto por autoridade independente;
 - c) o consentimento do usuário for substituído pelo do seu representado legal;
 - d) ficar demonstrada a necessidade de realização de procedimento médico ou cirúrgico, após segunda perícia independente;
 - e) as participações em ensaios críticos e tratamentos experimentais forem aprovados por um corpo de revisão independente; e
 - f) forem submetidas à apreciação de corpo de revisão competente e independente (Princípio 16 da *Carta*; art. 8º, §§ 1º e 2º da Lei nº 10.216/2001).
- 8) Obrigatoriedade da comunicação da internação involuntária ao MP e à Comissão Revisora de Internações Involuntárias, para fiscalização da legalidade das internações involuntárias, a fim de minimizar eventuais usos abusivos ou indevidos das internações involuntárias por parte de familiares, profissionais ou do próprio Estado (Princípio 17 da *Carta*; art. 430 da Portaria nº 2.048/2009, que aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde – SUS).

Há aproximadamente dez anos, contudo, essa política vem sendo substituída por outra que adota a retomada da internação como estratégia principal e os hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas enquanto equipamentos privilegiados, em desacordo com a CF/1988, a legislação vigente e as normativas internacionais.

2.2 Saúde mental na perspectiva da Organização Mundial de Saúde (OMS)

As breves considerações sobre saúde mental que aqui serão apostas estão embasadas, principalmente, no *Plano de Ação sobre Saúde Mental: 2013-2020*,¹⁵ desenvolvido pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), braço da ONU especializado nessas questões.

A saúde mental é uma dimensão da saúde, por isso, para a OMS (2013, p. 6), um princípio universalmente aceito é o de que “não há saúde sem saúde mental”.¹⁶ Para esse organismo, a saúde mental se caracteriza como “um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para sua comunidade”¹⁷ (OMS, 2013, p. 7, tradução nossa).

Se esse estado de bem-estar é perturbado, podem ocorrer agravos em saúde mental, denominados, contemporaneamente, transtornos mentais, que são exemplificados pela depressão, pela esquizofrenia, pelo transtorno afetivo bipolar e pelos transtornos decorrentes de abuso de substâncias como o álcool ou drogas ilícitas, como a cocaína e o *crack* (OMS, 2013, p. 6). Esses agravos podem influenciar doenças físicas, como o câncer e doenças cardiovasculares, ou se manifestar concomitantemente a elas (OMS, 2013, p. 8).

A saúde e os transtornos mentais possuem múltiplas causas e podem ser determinados tanto por fatores individuais – a exemplo da capacidade de o indivíduo controlar seus pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os demais –, quanto por fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como as políticas nacionais, a proteção social, o nível de vida, as condições de trabalho e os apoios sociais da comunidade¹⁸ (OMS, 2013, p. 7, tradução nossa).

Pessoa com transtorno mental é o indivíduo que apresenta um transtorno mental ou mais – por exemplo, uma pessoa com depressão ou esquizofrenia, que faz uso abusivo de álcool. Enquanto tal, essa pessoa pode ou não ser “vulnerável” e fazer parte de

15. Plan de Acción sobre salud mental: 2013-2020 (OMS, 2013).

16. No original: “no hay salud sin salud mental” (OMS, 2013, p. 7).

17. No original: “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (OMS, 2013, p. 7).

18. No original: “Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad”.

“grupo vulnerável”, assim como “população em situação de rua”. Esses indivíduos serão assim considerados se forem vulneráveis “a situações e ambientes aos quais estão expostos (por oposição a qualquer problema inerente de debilidade ou falta de capacidade)” (OMS, 2013, p. 6, tradução nossa).

A discriminação e a violação de direitos humanos e os direitos fundamentais de pessoas com transtornos mentais, tais como o aprisionamento indevido – que é muito mais frequente entre nesse grupo do que na população geral –, restrições ao trabalho e à educação, práticas terapêuticas nocivas e degradantes em centros de saúde, bem como o impedimento “do direito de exercer sua capacidade jurídica em outros aspectos que os afetam, em particular o tratamento e o cuidado”, aumentam suas chances de marginalização e vulnerabilidade¹⁹ (OMS, 2013, p. 8).

Essa realidade vivenciada por uma importante parcela de pessoas com transtornos mentais contraria, no plano internacional, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e, no âmbito interno, a CF/1988, a Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), a Lei nº 11.343/2006 (Lei sobre Drogas) e a Lei nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência/Estatuto da Pessoa com Deficiência), entre outras normas protetivas dessa população, o que requer, no âmbito interno, a atuação de instituições jurídicas como o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública.

19. No original: “*Con frecuencia, los trastornos mentales hunden a las personas y a las familias en la pobreza. La carencia de hogar y la encarcelación impropia son mucho más frecuentes entre las personas con trastornos mentales que en la población general, y exacerban su marginación y vulnerabilidad. Debido a la estigmatización y la discriminación, las personas con trastornos mentales sufren frecuentes violaciones de los derechos humanos, y a muchas se les niegan derechos económicos, sociales y culturales y se les imponen restricciones al trabajo y a la educación, así como a los derechos reproductivos y al derecho a gozar del grado más alto posible de salud. Pueden sufrir también condiciones de vida inhumanas y poco higiénicas, maltratos físicos y abusos sexuales, falta de atención y prácticas terapéuticas nocivas y degradantes en los centros sanitarios. A menudo se les niegan derechos civiles y políticos, tales como el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia, la libertad personal, el derecho de voto y de participación plena y efectiva en la vida pública, y el derecho a ejercer su capacidad jurídica en otros aspectos que les afecten, en particular el tratamiento y la atención. Así, las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, vinculante para los Estados Partes que la han ratificado o se han adherido a ella, protege y fomenta los derechos de todas las personas con discapacidad, incluidas las que padecen trastornos mentales e intelectuales, y también estimula su inclusión plena en la cooperación internacional, y en particular en los programas internacionales de desarrollo*” (OMS, 2013, p. 8).

3 JURIDICIZAÇÃO E JUDICIALIZAÇÃO

Faz-se necessária uma breve contextualização sobre como entendemos os fenômenos judicialização e juridicização, pois, apesar de serem fenômenos correlatos, não se confundem, não havendo consenso terminológico e epistemológico, na vasta literatura jurídica, sociológica e da ciência política – nacional e estrangeira – sobre o que sejam.²⁰ Portanto, “as relações que se estabelecem entre esses fenômenos são complexas e dependem de configurações históricas e nacionais, podendo assim, assumir articulações concretas díspares”.²¹

A judicialização da política,²² ou *judiciarização* das questões sociais e políticas,²³ pode ser entendida como a transferência do lócus tradicional de debate²⁴ – da arena política para a judiciária –, mediante a utilização cada vez mais frequente dos procedimentos formais como estratégia para a composição dos conflitos ou pela ampliação do espaço de atuação do Poder Judiciário a questões sociais e políticas tradicionalmente afetas aos poderes Legislativo e Executivo.

Enquanto tal, é um fenômeno global, identificado a partir dos anos 1950, que possui múltiplas causas, entre as quais destacamos o processo de democratização e de reconhecimento de direitos sociais ou de segunda dimensão. Seguindo essa tendência mundial, o Brasil também vivencia esse fenômeno – que se apresenta como um dos processos de judicialização da política mais intensos –, sobretudo nos últimos trinta anos, quando foi promulgada a CF/1988.²⁵

Ao lado da judicialização da política, vemos surgir uma faceta da judicialização da política para uns,²⁶ ou um novo fenômeno, para outros:²⁷ *a judicialização das políticas*

20. Para um aprofundamento do debate sobre juridicização e judicialização (e ativismo judicial), que escapa aos propósitos deste artigo, consultar: Carvalho (2004), Habermas (1987), Oliveira Júnior (1996), Pogrebinschi (2011).

21. Commaille e Dumoulin *apud* Villas Bôas Filho (2015).

22. Dentre os autores pesquisados, há prevalência do uso da expressão “judicialização da política” ou, simplesmente “judicialização”. Orlando Villas Bôas Filho, por sua vez, seguindo Jacques Commaille, adota a terminologia “judiciarização” para se referir ao fenômeno em questão. Ver: Villas Bôas Filho (2015; 2016).

23. Commaille *apud* Villas Bôas Filho (2015), Pelisse *apud* Villas Bôas Filho (2015).

24. Ximenes (2016).

25. Barroso (2012; 2010), Vianna, Burgos E Salles (2007), Vianna (2013), Ximenes (2016).

26. Commaille e Dumoulin *apud* Villas Bôas Filho (2015).

27. Ximenes (2016).

públicas, que se apresenta como estratégia de acesso a políticas públicas sociais, como as de saúde, educação e assistência social, por meio da atuação do Poder Judiciário.

Ilustrando essa questão, a saúde prevista na CF/1988 como um direito fundamental é o campo mais judicializado no Brasil, segundo dados do relatório *Justiça em números*, elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça,²⁸ e do Relatório *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*.²⁹ A saúde mental, como uma dimensão da saúde, parece estar enveredando por esse caminho – entretanto, não para garantir direitos, mas para restringir direitos –, sobretudo via internações involuntárias e compulsórias (internações forçadas) de pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso (prejudicial ou não) de álcool e outras drogas. Tal problemática serve de motivação para esta pesquisa, que procura verificar se (e em que medida) essa judicialização da saúde mental ocorre, e como o MP atua nesse campo: fomentando a resolução dos conflitos, por intermédio de estratégias extrajudiciais (juridicização) ou judiciais (judicialização), ou de um tensionamento proposital entre ambas as modalidades de estratégia, com o propósito de incrementar as chances de se obter a efetividade do direito ou da política pública.

Essa distorção pode ser exemplificada por intermédio da atuação dos MPs do Acre e da Paraíba. Fábio Fabrício, do Núcleo de Apoio Psicossocial em Dependência Química (Natera), do MP do Acre, afirma que o órgão ministerial tem sido procurado por famílias de usuários de drogas em busca de ajuda para internação compulsória.

Muitas famílias chegam desesperadas ao MP solicitando ajuda para internação compulsória, porém existe o trâmite legal, que os familiares na maioria das vezes desconhecem; ignoram, inclusive, que esse procedimento só deve ser adotado em último caso, esgotadas todas as tentativas de tratamento pelos serviços da rede de forma voluntária (MPAC, 2017).

28. Para mais informações, consultar: CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Justiça em números 2018*: ano-base 2017. Brasília: CNJ, 2018. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-e-aco/es/pj-justica-em-numeros>>. Acesso em: 08 dez. 2018.

29. “O número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%. Segundo o Ministério da Saúde, em sete anos houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes nos seus gastos com demandas judiciais, atingindo R\$ 1,6 bilhão em 2016. Tal montante, ainda que pequeno, frente ao orçamento público para a saúde, representa parte substancial do valor disponível para alocação discricionária da autoridade pública, atingindo níveis suficientes para impactar a política de compra de medicamentos, um dos principais objetos das demandas judiciais” (CNJ e INSPER, 2019, p. 13).

Em ação civil pública interposta pelo MP da Paraíba, em 2017, para implantação de leitos de saúde mental em Patos, o promotor Túlio César Fernandes ilustra essa problemática, ao destacar que

as demandas de internação compulsória crescem a cada dia decorrentes de situações emergenciais de surtos psicóticos, que poderiam ser atendidas em unidade hospitalar da região que tivesse leito para isso”. Além disso, o município de Patos é polo para inúmeras cidades vizinhas em relação a tratamento de saúde. Tal fator destaca a importância de dos serviços de atendimento médico-hospitalar de urgência e emergência por parte da rede estadual de saúde, na área especializada em saúde mental, dentre as quais, abarca os casos de usuários de drogas que necessitam do respectivo atendimento (PROMOTORIA..., 2017).

A *juridicização* é compreendida neste texto como “um processo de formalização fundado sobre uma extensão do direito positivo para a regulamentação das relações sociais, sobretudo fora dos tribunais”.³⁰ Predomina, em um “contexto de juridicização”, “a ideia de consenso pelo diálogo, ou seja, a ênfase num processo de negociação, pactuação e concessão recíproca entre os diversos atores cujo resultado é construído consensualmente.”³¹ No Brasil, essa atuação extrajudicial pode ser empreendida não só pelo “novo” MP, mas também pela advocacia pública e privada, que igualmente detêm o *status* de exercerem “funções essenciais à justiça”. Enfatizaremos, contudo, o papel e a atuação do MP, representado nesta pesquisa pelo MPF e pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT).

A ênfase na adoção de estratégias judiciais ou extrajudiciais fez com que Marcelo Pedroso Goulart³² classificasse o MP em demandista e resolutivo. O *Ministério Público demandista* se caracteriza por exercer suas atribuições privilegiando o processo judicial e, portanto, atuando por meio do Poder Judiciário. Ao acionar o Poder Judiciário, notadamente pela interposição de ação civil pública, o MP transfere para aquele o poder decisório sobre a questão política ou social que lhe foi trazida, contribuindo, em última instância, para a judicialização da política e das políticas públicas. Noutro giro, o *Ministério Público resolutivo* se caracteriza pela proatividade e autonomia na busca de respostas eficientes para os conflitos sociais que chegam até ele. A resolução de problemas políticos

30. Pelisse *apud* Villas Bôas Filho (2015). No mesmo sentido: Asensi (2010a), Asensi e Pinheiro (2012), Asensi *et al.* (2015).

31. Asensi (2010a).

32. Goulart *apud* Oliveira, Andrade e Milagres (2015).

ou sociais, dentre os quais destacamos as políticas públicas em saúde mental e, em especial, as internações forçadas, sem a participação do Poder Judiciário e com a interlocução entre o MP e outros atores políticos e sociais, é o que caracteriza a juridicização.

Se a juridicização e a judicialização da saúde são objetos de inúmeras pesquisas – jurídicas e sociais –, o mesmo não ocorre com a saúde mental, cujas políticas públicas se apresentam como um campo ainda desconhecido por pesquisadores e profissionais do direito. Aqui, de certa forma, busca-se preencher esta lacuna: levantamos a hipótese de judicialização das políticas públicas em saúde mental, sobretudo, mas não exclusivamente, por meio das internações forçadas – internação involuntária e compulsória – de pessoas com transtornos mentais e que fazem uso (prejudicial ou não) de álcool e outras drogas.

As internações involuntária e compulsória caracterizam-se como espécies de internação efetuadas contra a vontade da pessoa que está sendo internada. A primeira é realizada por solicitação de terceiro, geralmente, mas não exclusivamente, médico ou familiar, conforme previsto no art. 6º, II da Lei nº 10.216/2001, também denominada Lei da Reforma Psiquiátrica (LRP). A internação compulsória, por seu turno, caracteriza-se por ser determinada pelo Poder Judiciário, de acordo com o art. 6º, III e o art. 9º, ambos da LRP.

Há grande controvérsia teórica, jurídica e política doutrinária envolvendo ambas as modalidades, que vêm sendo utilizadas como estratégias de “tratamento”/“encarceramento” – individual ou em massa³³ – de pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso – abusivo ou não – de drogas. Isso nos remete à interpenetração entre políticas públicas de saúde mental, segurança pública e drogas e judicialização, posto haver o acionamento do Poder Judiciário para tal – muitas vezes, desnecessário e indevido –, tanto por parte de familiares, quanto do Poder Público.

A despeito da “virada institucional”,³⁴ caracterizada por uma atuação mais resolutiva e menos demandista, ocorrida há, pelo menos, trinta anos, também não se vislumbra uma reflexão teórica e corporativa sistemática e consistente em torno das

33. A título ilustrativo trazemos os eventos protagonizados pelo Poder Executivo da cidade de São Paulo na Cracolândia, precedidos por outras ocorrências semelhantes durante a preparação dos megaeventos – Copa do Mundo (2014) e Olimpíadas (2016), também em São Paulo e no Rio de Janeiro.

34. Denominamos “virada institucional” – por analogia à “virada linguística” ou “giro linguístico” feito pela filosofia contemporânea – à mudança de atuação vivenciada pelo Ministério Público, a partir da Constituição Federal de 1988, com o intuito de superar o modelo tradicional de atuação do órgão ministerial e privilegiar o modelo resolutivo.

transformações na atuação do *Parquet*, em decorrência desse novo desenho e percurso institucional, em matéria de saúde mental, como uma dimensão do direito à saúde e as possíveis contribuições dessa atuação para a efetividade dessas políticas públicas, o que corrobora a contribuição – teórica e prática – de uma reflexão sobre essa problemática, como aqui proposto.

4 ATUAÇÃO JUDICIAL DO MP EM SAÚDE MENTAL

O MP recebeu a atribuição, pela CF/1988, de proteger e apoiar a promoção da cidadania de pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso (prejudicial ou não) de álcool e outras drogas. Tal mister, “seja pela necessidade de acompanhamento e fiscalização das ações governamentais voltadas para este público, seja pelo necessário acompanhamento das famílias e dos pacientes em estado de vulnerabilidade social”, quer pela sua atuação, na tutela difusa e coletiva ou na individual, é sempre a proteção e o cuidado da pessoa, mediante a efetivação de direitos (Estado do Rio de Janeiro, 2011).

O reconhecimento da saúde mental como uma dimensão da saúde enquanto direito fundamental tem fomentado a busca de efetividade desses direitos, o que vem levando pessoas com transtornos mentais, na qualidade de novos sujeitos de direito, a acessar com frequência os dispositivos de Justiça, especialmente a partir do modelo de garantias e direitos individuais desenhado na CF/1988.

Essa busca, que vai ao encontro de um movimento mais amplo, conforme registro feito na introdução, é conhecido como *judicialização das relações sociais*, incluindo-se as relações entre cidadão e Estado prestacional. Sorj admite que a judicialização do conflito social conduz à mudança das expectativas de atendimento de demandas e resolução de conflitos sociais, pois o Poder Judiciário seria o único fiador da convivência e, dessa forma, o único poder que expressa confiança no campo da efetividade dos direitos fundamentais.³⁵

35. Sorj (2004).

Nesse contexto, a judicialização dos conflitos em saúde mental surge como uma das estratégias de alcance dos direitos reconhecidos. Asensi chama a atenção para a peculiaridade do diálogo da política e do direito, notadamente no que toca à esfera de atribuições das instituições jurídicas, quando pontua que “a política passou a fazer parte do mundo do direito, o que ensejou transformações consideráveis nos sentidos, ações, competências e atribuições das instituições jurídicas”.³⁶

O acionamento do Poder Judiciário, pelo MP, a fim de resolver questões afetas à saúde mental, pode se dar por intermédio do manejo dos instrumentos judiciais, entre os quais destacaremos as ações civis públicas.³⁷

Espécie do gênero ações coletivas,³⁸ as ações civis públicas se caracterizam como o instrumento de atuação judicial do MP, por excelência, com papel relevante na judicialização da política e das políticas públicas brasileiras, segundo Asensi e Pinheiro.³⁹ Conforme Gajardoni,⁴⁰ pode-se compreender as ações civis públicas, numa acepção ampla, como “qualquer ação não penal ajuizada pelo MP”, e numa perspectiva mais estrita, que será aqui adotada, como “qualquer ação não penal ajuizada pelo MP ou afim, exclusivamente para a tutela dos interesses supraindividuais”.

Como se pode vislumbrar a partir da análise da tabela 1, o número de ações civis públicas em saúde mental, internações involuntárias e compulsórias é pequeno (43 ACPs), o que, guardadas as limitações da pesquisa, parece apontar para uma atuação ministerial de baixo impacto na judicialização da saúde mental.

Os MPs da região Norte ingressaram com o maior número de ações civis públicas (catorze ACPs), e a região Sul, com o menor (cinco ACPs).

36. Asensi (2010a).

37. Além de Ação Civil Pública, de caráter coletivo, o MP pode atuar judicialmente em saúde mental por intermédio da propositura de Mandado de Segurança e *Habeas Corpus*, em demandas individuais em saúde mental, que envolvam, a título ilustrativo, internação e manutenção de pessoa com transtorno mental em cárcere privado.

38. “Entendemos que ação coletiva é gênero, no qual se filiam as ações coletivas comuns (ACP, Popular, MSC etc.) e especiais (ADI, ADC, ADPF)” (Gajardoni, 2012, p. 15).

39. Asensi e Pinheiro (2012).

40. Gajardoni (2012).

TABELA 1
Ações civis públicas (ACPs) em saúde mental, internações involuntárias e compulsórias

Região Norte	14
Acre	2
Amapá	4
Amazonas	5
Pará	2
Roraima	1
Região Nordeste	9
Bahia	1
Maranhão	2
Paraíba	3
Rio Grande do Norte	3
Região Centro-Oeste	7
Distrito Federal	1
Goiás	4
Mato Grosso do Sul	2
Região Sudeste	8
Espírito Santo	1
Rio de Janeiro	1
São Paulo	6
Região Sul	5
Paraná	5
Total	43

Fonte: Sites dos MPs (2018).
Elaboração das autoras.

Nessa senda, em 2008, o MPF, no estado de São Paulo, impetrou duas ações civis públicas, conforme a seguir descrito, contra:

- 1) A Associação Beneficente da Saúde Mental (ABSM; anteriormente Associação dos Amigos do Charcot), União Federal, Estado e Município de São Paulo, versando sobre irregularidades e deficiências em relação a recursos humanos, infraestrutura do hospital e tratamento adequado aos pacientes.⁴¹

41. Ação Civil Pública nº 2008.61.00.004672-3 PR/SP. Disponível em: <<https://bit.ly/2XSWI3m>>. Acesso em: 6 jul. 2018.

- 2) O Município e o Estado de São Paulo, por intermédio de suas respectivas secretarias de saúde, que teve como objeto a implantação de nove SRTs,⁴² e doze CAPS⁴³ na cidade de São Paulo.⁴⁴

O MPDFT, por seu turno, impetrou ação civil pública contra o governo do Distrito Federal (GDF), em 2010 – a partir do Procedimento de Investigação Preliminar nº 08190.13193/08-75, que teve origem no ofício encaminhado pelo juiz da Vara de Execuções Penais ao Governador do DF –, a fim de obrigá-lo, em síntese, a:

- 1) Implantar 25 serviços residenciais terapêuticos (SRTs), com capacidade para acolher cinco pessoas com transtornos mentais severos e persistentes:
 - a) egressas de instituições de internações prolongadas;
 - b) sem suporte social ou laços familiares;
 - c) cujas famílias não apresentassem estrutura necessária para contribuírem para sua reinserção social; e
 - d) egressas do sistema prisional – pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei⁴⁵ – que cumpriram medida de segurança na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), localizada na Penitenciária Feminina do Distrito Federal;
- 2) Dezenove Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),⁴⁶ que, em conformidade com a Política Nacional de Saúde Mental:

42. "O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente 'moradia' – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não" (Brasil, 2005, p. 6).

43. CAPS "são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios)". BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos*. Saúde de A a Z, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2IK73RZ>>.

44. Ação Civil Pública nº 2008.61.00.012274-9 PR/SP. Disponível em: <<https://bit.ly/2JMSoxG>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

45. Preferimos essa expressão à adotada pela legislação penal, "louco infrator", para dar visibilidade à "pessoa" em detrimento do "transtorno" e do "crime" praticado e contribuir para a superação do estigma que "louco infrator" ainda representa.

46. "Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS [Rede de Atenção Psicossocial]: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011) e são substitutivos ao modelo asilar." (Brasil, 2015, p. 9).

ofereçam atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através de ações intersetoriais que visem facilitar o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (DF..., 2013)

- 3) Formar equipes multidisciplinares para atuação nos SRTs, “devendo, para tanto, criar cargos e funções públicas e abrir concurso.
- 4) Inserir na proposta orçamentária de 2014 o montante mínimo de R\$ 2 milhões para a manutenção dos serviços implementados em razão da sentença”.⁴⁷

Resultado da atuação conjunta entre o MPF e o MP do Estado do Amazonas, quatro ações civis públicas foram interpostas contra a União e o Município de Manaus, com o propósito de:

- implementar serviços residenciais terapêuticos (SRTs) em Manaus;⁴⁸
- “viabilizar condições dignas, humanas e ressocializantes no atendimento a pacientes do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro”, consoante “os preceitos legais e constitucionais previstos há mais de 16 anos no ordenamento pátrio”;⁴⁹
- implantar – pela União e pelo Município de Manaus – um CAPS AD I e um CAPS AD III;⁵⁰ e
- requerer a implantação de doze Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS), de diferentes especialidades, em Manaus, até o final de 2020, conforme estabelecido pelo arcabouço normativo vigente.⁵¹

No período de 2012 a 2016, a PFDC ingressou com quatro ações civis públicas na área de saúde mental/internações forçadas.

Estas ações civis públicas, que em sua grande maioria versam sobre como o Poder Executivo deve executar a política pública em saúde mental, demonstram a atuação direta do MP na implementação de políticas públicas pelo Executivo.

47. DF terá que criar 25 residências terapêuticas e 19 CAPS para pessoas com doenças mentais. Disponível em: <<https://bit.ly/2XLciTu>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

48. Ação Civil Pública nº 0009930-94.2011.4.01.3200 – 3ª Vara Federal – MPF e MP/AM. Disponível em: <<https://bit.ly/2XSpQrw>>. Acesso em: 08 dez. 2018.

49. Ação Civil Pública nº 785-09.2014.4.01.3200 – 1ª Vara Federal – MPF e MP/AM. Disponível em: <<https://bit.ly/32pCdiB>>. Acesso em: 08 dez. 2018.

50. Ação Civil Pública nº 15805-40.2014.4.01.3200 – 3ª Vara Federal – MPF e MP/AM. Disponível em: <<https://bit.ly/2XNqvpH>>. Acesso em: 08 dez. 2018.vil

51. Ação Civil Pública nº 1000698-94.2018.4.01.3200 – 1ª Vara Federal – MPF e MP/AM.

5 JURIDICIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COMO ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO MINISTERIAL

Asensi questiona que, diante das dificuldades econômicas, sociais e culturais, e diante da incapacidade do Poder Judiciário de ofertar tratamento adequado a determinados conflitos, há que se pensar em outras estratégias para a efetivação de direitos – dentre os quais destacamos o direito à saúde mental –, considerando-se, sobretudo, a dimensão da litigiosidade instalada no Brasil nos últimos trinta anos.⁵²

O papel e a atuação do MP na busca pela efetivação de direitos e políticas públicas em saúde mental caracterizam-se por prescindir de provocação por parte da sociedade e do Poder Público, o que lhe confere um dinamismo ímpar e o diferencia do Poder Judiciário.⁵³ Dito de outra forma, o acionamento da jurisdição somente ocorrerá a partir de uma provocação, enquanto a atuação ministerial pode se dar proativamente, com o respaldo que a independência funcional lhe concede. Isso tem impacto relevante para a saúde mental, que se apresenta como um espaço de intensa disputa entre atores sociais, políticos e até mesmo jurídicos.

Nesse cenário é que desponta a juridicização, tendo o MP brasileiro como um dos principais protagonistas, ante a sua modelagem de instituição jurídica e democrática. No texto constitucional, o MP recebeu a incumbência de ser a instituição guardiã da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.⁵⁴ As funções que lhe foram destinadas o colocam para além de defensor da sociedade, como um ator de relevo no processo de sedimentação da democracia brasileira.

Da leitura dos arts. 127 e seguintes da CF/1988, observa-se que as funções afetas ao MP apontam para uma instituição dinâmica, que não necessita de provocação, diferentemente do Poder Judiciário, o qual se orienta pelo princípio da inércia. Em outras palavras, o acionamento da jurisdição somente ocorrerá a partir de uma provocação. Em relação ao direito à saúde mental, dado seu forte imbricamento com o direito à vida, quando não com o direito à liberdade, em se tratando de internações involuntárias e compulsórias, naturalmente se almeja uma solução célere, o que aumenta a importância da atuação do MP, notadamente na esfera extrajudicial.

52. Asensi (2010b).

53. Asensi (2010a).

54. Art. 127 da CF/1988.

Nesse campo, o MP possui um conjunto de atribuições de envergadura constitucional direcionado à garantia de efetivação dos direitos fundamentais, colocando-o em um patamar de instituição democrática resolutiva, diante do distanciamento ainda existente entre a sociedade e o Estado, na realidade vivenciada pelos cidadãos.

Os caminhos para uma efetiva atuação extrajudicial do MP foram abertos pela Lei nº 7.347/1985, que trata da ação civil pública. Essa norma é um marco na “virada institucional” do MP, que passa a dispor de uma gama de instrumentos que prescindem da apreciação das medidas pelo Poder Judiciário, de acordo com o que segue.

5.1 Audiência Pública

A audiência pública é um potente instrumento de governança, de essência democrática, pois assegura a participação direta do cidadão no processo de tomada de decisões no campo das políticas públicas. Decomain (1994) reconhece que a audiência pública é um mecanismo eficiente no trato das questões relacionadas aos direitos metaindividuais, a exemplo do direito à saúde mental, pois propicia uma discussão densificada quanto à atuação da administração pública. Trata-se de uma oportunidade de o membro do MP ter conhecimento dos anseios da coletividade acerca de determinado problema, o que por certo colabora para a adoção das providências adequadas, sejam judiciais, sejam extrajudiciais, por meio de motivação pautada nas manifestações colhidas, a partir da imprescindível ponderação.

Dada a sua essencialidade democrática, a realização de audiência pública requer publicidade e convite a todos os envolvidos e interessados na questão pautada, com elaboração de relatório ao seu final, com subsequente juntada ao respectivo procedimento.⁵⁵

Quanto ao nível de eficácia e de vinculação que a audiência pública reverbera para a atuação do Membro, cabe destacar que a lei é silente. A audiência pública tem natureza consultiva, e não tem natureza deliberativa, terminativa, vinculante. Entretanto, cabe ao órgão ministerial, diante das manifestações colhidas, apontar qual motivação legítima o levou a decidir de forma diversa da maioria.⁵⁶

55. Brasil. Lei nº 8.625, 12 de fevereiro de 1993, art. 27, parágrafo Único, inciso IV.

56. Ribeiro (2015, p. 82).

Foram identificadas 25 audiências públicas promovidas pelo MP dos estados envolvendo a temática. A região Nordeste concentrou a maioria delas (um total de dezenove audiências).

TABELA 2
Audiências públicas sobre saúde mental, internações involuntárias e compulsórias

Região Norte	2
Amapá	1
Roraima	1
Região Nordeste	19
Bahia	2
Ceará	4
Paraíba	1
Pernambuco	5
Piauí	1
Rio Grande do Norte	3
Sergipe	3
Região Centro-Oeste	2
Goiás	2
Região Sudeste	2
Rio de Janeiro	1
São Paulo	1
Total	25

Fonte: Sites dos MPs (2018).
Elaboração das autoras.

Nessa linha, trazemos algumas iniciativas de atuação por meio de audiências públicas.

“Liberdade e Política de Saúde Mental” foi o tema da audiência pública promovida, conjuntamente, em 2018, pelo Ministério Público do Amapá (MP-AP) e o MPF. Ao longo da audiência, foram discutidas questões como execução da política pública, desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais, fiscalização das condições das comunidades terapêuticas do estado e iminência de retrocesso nas políticas públicas em saúde mental.

A PFDC realizou, em 2011, a audiência pública “Saúde Mental: Execução de Medida de Segurança e Aplicação da Lei nº10.216/2001 ao Sistema Penitenciário Nacional”, com o intuito de ouvir especialistas das áreas jurídica e de saúde mental, bem como “entidades civis e pessoas com sujeitos de direitos” quanto à aplicação da Lei nº 10.216/01 a pessoa com transtornos mentais em conflito com a lei, o chamado “louco infrator”.

Outro exemplo de atuação por meio de audiência pública é dado pelo MPF, por meio da Procuradoria da República no Rio Grande do Sul, que realizou audiência pública, em junho de 2013, com o seguinte objetivo:

subsidiar a atuação dos Ministérios Públicos Estadual e Federal em Inquérito Civil instaurado a partir de uma nota técnica expedida pelo Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde a respeito da implantação, anunciada pela Secretaria da Segurança Pública, de um presídio destinado ao tratamento de pequenos traficantes, já condenados, que fossem dependentes químicos e quisessem aderir ao tratamento (Estado do Rio Grande do Sul, 2013).

Um último exemplo é a audiência pública realizada pela Procuradoria da República em Marília/SP, para discutir o encaminhamento dos pacientes egressos do Hospital Psiquiátrico de Tupã/SP, em observância à política de saúde mental.

Essas audiências públicas abrangem internações involuntárias e compulsórias – questão complexa e de alta relevância e sensibilidade no campo científico, político e jurídico, pois, não raro, tais internações vêm acompanhadas de violação de direitos humanos e de direitos fundamentais.

As duas primeiras audiências envolvem, ainda, internações compulsórias de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, em razão da prática de delito durante uma crise ou em virtude do uso abusivo de drogas, o que requer um olhar e uma atuação intersetoriais, posto envolver políticas públicas de drogas, saúde mental e segurança pública.

5.2 Fiscalização

Em decorrência da sua função de defesa da ordem jurídica e dos interesses sociais indisponíveis, o texto constitucional outorga ao MP o dever de “*zelar pelo efetivo respeito aos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia*” (Brasil, 1988, grifo nosso).⁵⁷

57. Disposições semelhantes constam no art. 27, da Lei nº 8625/1993 e a incisos IV e V, do art. 5º da Lei Complementar 75/1993.

Nesse sentido, observa-se que, para o exercício do seu mister, cabe ao MP fiscalizar o cumprimento das obrigações fixadas para o Estado, abarcando, por óbvio, as entidades delegatárias, na perspectiva de monitoramento das políticas públicas direcionadas à efetividade dos direitos fundamentais, em cujo plexo se situa a saúde mental.

A fiscalização ministerial abrange as entidades públicas e privadas responsáveis pela execução de serviços de relevância pública, na perspectiva de restar assegurada a regularidade do serviço. Será desenvolvida por meio de inspeções e diligências investigatórias, as quais poderão ensejar recomendações para ajustar a prestação de serviços aos instrumentos normativos.⁵⁸

A fiscalização, enquanto mecanismo de controle ministerial, também abarca as empresas concessionárias e permissionárias, entidades privadas colaboradoras do terceiro setor ou setor público não estatal que desenvolvem atividades de interesse público, que afetem o público ou sejam colocadas à sua disposição (Martins Júnior, 2015).

Dessa forma, o lócus de fiscalização inclui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formada por serviços e vários equipamentos, quais sejam: os Centros de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral nos hospitais gerais e nos CAPS III.⁵⁹ Esses serviços são de interesse público, pois prestam atendimento às pessoas com transtornos mentais e usuárias abusivas de drogas lícitas e ilícitas, razão pela qual integram o Sistema Único de Saúde (SUS); conseqüentemente, ao funcionamento desses serviços são destinados recursos públicos, contexto que sinaliza amplo espaço de fiscalização ministerial, além da fiscalização das internações involuntárias e compulsórias dos usuários desses serviços.⁶⁰ Também se encontram sujeitas à fiscalização ministerial clínicas de recuperação de adictos, comunidades terapêuticas (CTs) e Hospitais Psiquiátricos e de Custódia e Tratamento (HCTPs).

Sobre essa temática – fiscalização de dispositivos da RAPS, notadamente CAPS, CTs, Hospitais Psiquiátricos e HCTPs –, foram encontradas as seguintes ocorrências:

58. Brasil. Lei Complementar nº 75/1993, art. 7º, inciso V.

59. Disponível em: <<https://bit.ly/2DAA2yE>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

60. BRASIL. Lei nº10.216, de 06 de abril de 2001, arts. 8º e 9º.

TABELA 3
Fiscalização de dispositivos da RAPS

Região Norte	6
Acre	1
Amapá	3
Amazonas	2
Região Nordeste	113
Alagoas	9
Bahia	85
Maranhão	11
Paraíba	3
Pernambuco	2
Piauí	1
Rio Grande do Norte	2
Região Centro-Oeste	5
Distrito federal	1
Goiás	1
Mato Grosso do Sul	3
Região Sudeste	1
Rio de Janeiro	1
Região Sul	142
Santa Catarina	142
Total	267

Fonte: Sítios dos MPs (2018).
Elaboração das autoras.

Destaca-se o número de fiscalizações identificadas nos estados da Bahia (85) e de Santa Catarina (142).

Importante ressaltar o papel atribuído pela LRP ao MP no controle da legalidade da restrição da liberdade de locomoção, sob alegação de tratamento em saúde mental, notadamente por meio das internações involuntárias de pessoas com transtornos mentais, assim considerados, também, aqueles que fazem uso (abusivo ou não) de álcool ou outras drogas. Dado esse cenário, a LRP prevê, no seu art. 8º, §§ 1º e 2º, que o MP estadual ou o distrital sejam comunicados pelo responsável técnico do serviço de saúde mental, em até 72 horas, em casos de internações e desinternações involuntárias. O propósito da LRP é claro: garantir a proteção de direitos, evitando a utilização indevida da internação involuntária de pessoa com transtorno mental, por familiares ou terceiros. Por isso, a comprovação da necessidade da internação por laudo circunstanciado é exigência cujo cumprimento deverá ser verificado pelo MP.

O MP do Estado do Rio de Janeiro publicou, em 2015, censo sobre as internações involuntárias realizadas no estado e cadastradas no seu Módulo de Saúde Mental. Essa ferramenta (MSM) “contém dados estatísticos sobre as internações psiquiátricas involuntárias no Estado do Rio de Janeiro e as características dos pacientes cadastrados, para acompanhamento do Ministério Público”. Esse censo identificou que, “até dezembro de 2014, 18.432 pacientes haviam sido cadastrados no sistema” (Estado do Rio de Janeiro, 2015, p. 9). Destes, 64,2% estavam “internados há mais de um ano, o que” caracterizava “internação de longa permanência”, procedimento que está na contramão das políticas públicas em saúde mental e pode caracterizar violação dos direitos humanos e dos direitos fundamentais desses indivíduos (Estado do Rio de Janeiro, 2015, p. 47).

Entretanto, a LRP é omissa em relação à comunicação e, por conseguinte, à fiscalização das internações compulsórias, pelo *parquet*. Tal situação pode nos levar à compreensão de que o legislador atribuiu funções distintas a essas modalidades de internação. Enquanto a internação involuntária se apresentaria como modalidade de tratamento em saúde mental, a compulsória apresentaria-se como uma espécie de medida de segurança, caracterizando-se, assim, não como uma internação clínica, com vistas ao restabelecimento da saúde mental da pessoa, mas sim de caráter jurídico-punitivo, ilustrando estratégia de judicialização e não de juridicização.

Novamente nos valem da atuação da PFDC a fim de demonstrar como o MP vem fiscalizando os dispositivos que integram a RAPS. Essa instância ministerial realizou a fiscalização *in loco* em 2010 (1), 2011 (1), 2013 (4), 2014 (1), 2015 (3 Comunidades Terapêuticas, no estado do Amazonas, foram visitadas, a fim de instruir inquérito civil público, que objetiva apurar violação de direitos humanos reportadas em relatório produzido pelo Conselho Federal de Psicologia) e 2017 (uma internação), de acordo com seus relatórios de atividades.

Em 2018, a PFDC promoveu uma força-tarefa para fiscalizar, simultaneamente, 28 comunidades terapêuticas situadas em Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo, além do Distrito Federal. Essa iniciativa, inédita, contou, ainda, com a participação de integrantes do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à

Tortura, do Conselho Federal de Psicologia, da Ordem dos Advogados do Brasil, dos Conselhos de Medicina, Enfermagem e Serviço Social e de Defensorias Públicas (CFP, MNPCT e PFDC, 2018).

O CNMP, por intermédio da sua recém-criada Comissão Extraordinária de Saúde (Resolução nº 186/2018), realizou força-tarefa para a inspeção nacional de quarenta hospitais psiquiátricos, públicos e privados. Referida força-tarefa contou com a participação de vinte órgãos, entre MPs Estaduais (Acre, Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo); MPF; Ministério Público do Trabalho (MPT); Ministério dos Direitos Humanos (MDH) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP).

O propósito dessa fiscalização foi amplo. Uma primeira frente visava averiguar a ocorrência de violações de direitos humanos das pessoas com transtornos mentais internadas nesses serviços. Uma segunda finalidade era a avaliação das condições de infraestrutura desses dispositivos. A aferição das condições de saúde e segurança dos profissionais que atendem nessas unidades também foi foco de inspeção. Por fim, a identificação de eventuais pacientes internados irregularmente e sua consequente desinstitucionalização constituiu o quarto objetivo dessa ação.

5.3 Recomendação

A recomendação é um instrumento não coercitivo e está lastreada nos seguintes dispositivos normativos: art. 6º, XX, da Lei Complementar nº 75/1993; art. 27, parágrafo IV da Lei nº 8.625/1993; e Resolução nº 164/2017 do CNMP.

De acordo com o art. 1º da Resolução nº 164/2017 do CNMP, o MP utiliza a recomendação para

expor, em ato formal, razões fáticas e jurídicas sobre determinada questão, com o objetivo de persuadir o destinatário a praticar ou deixar de praticar determinados atos em benefício da melhoria dos serviços públicos e de relevância pública ou do respeito aos interesses, direitos e bens defendidos pela instituição. Atua, assim, como instrumento de prevenção de responsabilidades ou correção de condutas.

TABELA 4
Recomendações em saúde mental, internação involuntária e compulsória

Região Norte	5
Pará	1
Tocantins	4
Região Nordeste	28
Alagoas	2
Bahia	4
Maranhão	6
Paraíba	2
Pernambuco	1
Rio Grande do Norte	2
Sergipe	11
Região Centro-Oeste	5
Distrito Federal	3
Goiás	1
Mato Grosso do Sul	2
Região Sudeste	4
Minas Gerais	1
Rio de Janeiro	3
Região Sul	2
Paraná	2
Total	44

Fonte: Sítios dos MPs (2018).
 Elaboração das autoras.

Os MPs dos estados da região Nordeste, em conjunto, foram os que expediram o maior número de recomendações (28). Os estados de Sergipe (onze) e do Maranhão (seis) destacam-se dentre os demais pela quantidade de recomendações envolvendo a temática.

Exemplificando, a Promotoria de Saúde do MP do Paraná expediu, em abril de 2003, a recomendação administrativa nº 01/2003, que tinha como destinatário o secretário de saúde de Curitiba. Tal recomendação objetivava a regulamentação da oferta de transporte para pessoas com transtornos mentais em crise.

O MPDFT, por intermédio da Recomendação nº 05/2014, da 2ª Promotoria de Saúde (PROSUS),⁶¹ recomendou, em abril de 2014, a manutenção “[d]o pronto-socorro,

61. Disponível em: <<https://bit.ly/2MIN2oA>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

ambulatório e enfermaria da psiquiatria no mesmo local e com o mesmo espaço físico onde já vem funcionando toda esta estrutura de atendimento, não suspendendo em hipótese alguma o serviço de urgência/emergência psiquiátrica”.

O Ministério Público do Maranhão (MPMA)⁶² encaminhou, em outubro de 2017, ao prefeito e ao secretário municipal de Saúde de Imperatriz, a Recomendação nº 102/2017, pedindo a solução das irregularidades verificadas em uma inspeção realizada, em setembro daquele ano, nos Centros de Atenção Psicossocial III e AD III – Álcool e outras Drogas. As irregularidades, em síntese, envolviam: *i*) recursos humanos, tais como desvio de funções de servidores, assédio moral e número reduzido de psiquiatras; e *ii*) precariedade da infraestrutura dos dois dispositivos de saúde, tais como janelas e bebedouro enferrujado e banheiros interditados e em mau estado de conservação.

Em 6 de dezembro de 2018, o MPF, por meio da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), enviou ao ministro da Saúde recomendação com o intuito de que se proceda à suspensão dos efeitos da Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018, e da Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018. A Portaria nº 3.659/2018 “suspendeu os repasses destinados ao custeio mensal para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, entes que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de todo o país”. A Portaria nº 3.718/2018, por sua vez, trouxe a lista de municípios que receberam, em parcela única, incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a (RAPS), e não teriam executado o recurso no prazo determinado.

5.4 Termo de ajustamento de conduta

O TAC, ou compromisso de ajustamento de conduta (CAC),⁶³ é um pacto, com força de título executivo, celebrado entre o MP e “o responsável pela ameaça ou lesão aos interesses ou direitos, visando à reparação do dano, à adequação da conduta às exigências legais ou normativas e, ainda, à compensação e/ou à indenização pelos danos que não possam ser recuperados” (Brasil, 2007).

62. Disponível em: <<https://bit.ly/2NUPKEW>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

63. Previsto em vários dispositivos legais: arts. 5º, § 6º, da Lei nº 7.347/1985 (Lei de Ação Civil Pública), art. 211 da Lei nº 8.069/1990 (ECA), arts. 8º, VII, e 53 da Lei nº 8.884/1994 (Infrações à Ordem Econômica); art. 79-A da Lei nº 9.605/1998 (Conduas e Atividades Lesivas ao Meio Ambiente); e art. 14 da Resolução CNMP nº 23/2007.

De um total de 39 TACs, Santa Catarina pactou dez, e o Piauí, cinco.

TABELA 5
TACs em saúde mental, internação involuntária e compulsória

Região Norte	7
Acre	1
Amazonas	1
Pará	1
Tocantins	4
Região Nordeste	13
Bahia	1
Ceará	3
Pernambuco	3
Piauí	5
Rio Grande do Norte	1
Região Centro-Oeste	4
Goiás	4
Região Sudeste	3
Espírito Santo	1
Rio de Janeiro	1
São Paulo	1
Região Sul	12
Paraná	2
Santa Catarina	10
Total	39

Fonte: Sites dos MPs (2018).
Elaboração das autoras.

O MPF venceu o prêmio Innovare, em 2014, com um TAC na área de saúde mental. O TAC em questão foi articulado, conjuntamente, pelo MP estadual e o federal e envolveu a União, o Estado de São Paulo e os municípios de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade. A implementação do TAC começou com intervenção em um hospital psiquiátrico privado, denunciado por graves violações aos direitos dos pacientes e que recebia recursos do Estado e da União por meio SUS. Assinado em 2012, sua meta é a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos “assegurando o cumprimento da Lei no 10.216/2001, que propõe um novo arranjo dos serviços e dos investimentos públicos nos equipamentos para cuidado em saúde mental, tendo como diretriz o respeito à dignidade da pessoa humana”.⁶⁴

64. Disponível em: <<https://bit.ly/2xKdYxp>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

Outro exemplo de TAC no campo da saúde mental, que vale registrar, é o que foi celebrado entre o MPF, o MP-RJ e o Ministério da Saúde, Estado do Rio de Janeiro e Município de Rio Bonito, que tratou da *Desinstitucionalização do Hospital Colônia Rio Bonito*.⁶⁵

A propositura de TAC reflete o reconhecimento do MP não só como ator jurídico, mas político, com impacto direto na formulação e implantação de políticas públicas, a partir de uma postura proativa, em busca de respostas eficientes às demandas que lhe são dirigidas.

5.5 Grupo de trabalho

Da atuação fiscalizadora anteriormente analisada, dentre outras providências de natureza extrajudicial, abre-se a possibilidade de organização de grupos de trabalho (GTs) e produção de notas técnicas e notas públicas, por meio de um agir multidisciplinar e multissetorial, após ampla reflexão sobre questões de interesse da coletividade, com impacto na construção das políticas públicas. Aqui, a coletividade pode ser compreendida como todos os usuários da RAPS ou aqueles que utilizam determinado serviço de saúde mental.

Foram identificados GTs sobre saúde mental, internações involuntárias e compulsórias em apenas oito Unidades da Federação (UFs), conforme a tabela 6.

TABELA 6
GTs em saúde mental, internação involuntária e compulsória

Região Nordeste	4
Bahia	1
Paraíba	1
Pernambuco	1
Piauí	1
Região Centro-Oeste	1
Distrito Federal	1
Região Sudeste	2
Rio de Janeiro	1
São Paulo	1
Região Sul	1
Paraná	1
Total	8

Fonte: Sites dos MPs (2018).
Elaboração das autoras.

65. Para mais informações, consultar: <<https://bit.ly/2O62Tl0>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

Importante e duradoura iniciativa do MPF foi a criação de GT na área da saúde (2003), que, a partir de 2006/2007, passou a tratar a saúde mental como tema prioritário. Em 2017, a saúde mental passou a ter um GT autônomo, denotando seu reconhecimento como tema prioritário para a PFDC/MPF.

Outro exemplo de atuação de grupo de trabalho foi dado pelo GT sobre os direitos da pessoa com deficiência, organizado pelo CNMP, que formatou um manual denominado *Tomada de decisão apoiada e curatela: medidas de apoio previstas na Lei brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência*.⁶⁶

Também possui relevo para a saúde mental, em geral, e para a questão das interações, em particular, a Nota Conjunta entre o Conselho Nacional de Direitos Humanos, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e a Procuradoria Federal dos Direitos, que manifestaram em público a preocupação com a ameaça de retorno do financiamento público dos hospitais no Brasil, o que representaria um retrocesso para a política de saúde mental e para o SUS.⁶⁷

Nos GTs e na elaboração de notas técnicas, com participação de variados setores da gestão pública, o MP deve assumir o papel de indutor de participação da sociedade nas questões públicas, no sentido de reconhecer o cidadão como o protagonista no fluxo da efetividade dos direitos fundamentais, além de conduzir o processo de fomento à construção da RAPS – atuação que, sem dúvida, está em harmonia com a sua missão constitucional de instituição guardiã da ordem jurídica e democrática.

5.6 Inquérito civil público

Caracterizado como uma ferramenta da atuação ministerial resolutiva, “o inquérito civil público é um procedimento administrativo de exclusividade do MP, destinado a reunir elementos de convicção para possibilitar a atuação consciente do membro do *Parquet*, seja no âmbito judicial ou extrajudicial” (Costa, 2011, p. 43).

66. Disponível em: <<http://www.cnmp.mp.br/portal/images/curatela.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

67. Disponível em: <<https://bit.ly/30wkXGs>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

O MP do Estado de Minas Gerais registrou o maior número de inquéritos civis públicos (ICPs): um total de 102.

TABELA 7
Inquéritos civis públicos (ICPs) em saúde mental, internação involuntária e compulsória

Região Norte	9
Pará	1
Rondônia	6
Tocantins	2
Região Nordeste	27
Bahia	3
Ceará	1
Paraíba	2
Pernambuco	1
Rio Grande do Norte	3
Sergipe	17
Região Centro-Oeste	4
Mato Grosso do Sul	4
Região Sudeste	117
Minas Gerais	102
Rio de Janeiro	3
São Paulo	12
Região Sul	3
Rio Grande do Sul	3
Total	159

Fonte: Sites dos MPs (2018).
Elaboração das autoras.

O MP do Estado do Ceará (2016), por exemplo, instaurou inquérito civil público com o propósito de levantar informações sobre:

- i. o encerramento gradativo dos serviços da Casa de Saúde Santa Tereza Ltda., hospital que atendia às demandas de urgência e emergência em psiquiatria, provenientes de toda a região do Cariri/CE, bem como de localidades nos estados circunvizinhos (Paraíba, Pernambuco, Piauí etc.);
- ii. adoção de “providências (...) para desinstitucionalização ou garantia de continuidade do tratamento dos pacientes até então acompanhados pelo referido nosocômio”; e
- iii. pedido de “celeridade no credenciamento da alteração do CAPS II para CAPS III 24 horas, da implantação do CAPS AD, da Unidade de Acolhimento Adulto para dependentes químicos, de Residência Terapêutica e de Leitos Psicossocial em Hospital Geral” para atender à população do município do Crato.

Conforme relatórios de atividades (2011,⁶⁸ 2013⁶⁹ e 2015⁷⁰), a PFDC instaurou três inquéritos civis públicos em saúde mental, todos envolvendo internações forçadas. O primeiro tinha o propósito de “apurar a aplicação da Lei nº 10.216/01 ao Sistema Penitenciário Nacional, tendo em vista a Execução das Medidas de Segurança nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”. O de 2013 pretendia obter informações sobre a criação de “estabelecimentos prisionais exclusivos para condenados dependentes químicos”, proposta pelo Governo do Rio Grande do Sul. O terceiro pretendia averiguar violação de direitos humanos em comunidades terapêuticas do estado do Amazonas.

Concluído, esse procedimento pode ser manejado para subsidiar ação civil pública, TAC ou recomendação legal.

5.7 Outros mecanismos de atuação extrajudicial: participação do MP nas Comissões Revisoras de Internações Psiquiátricas Involuntárias (CRIPIs) e em Conselhos

Para além dos mecanismos clássicos de atuação extrajudicial, o MP e até mesmo o próprio Poder Legislativo desenvolveram meios de otimização e controle do acesso das pessoas com transtornos mentais aos seus direitos e às políticas públicas em saúde mental.

No Brasil, a regulamentação das CRIPIs, comissões que monitoram a regularidade das internações involuntárias, disposta no Princípio 17 da *Carta de princípios para a proteção da pessoa acometida de transtornos mentais e para a melhoria da assistência à saúde mental* (1991), está prevista na Portaria nº 2.048/2009, que aprova o Regulamento do SUS e dispõe, no seu art. 430, sobre essas comissões.

A despeito de não haver consenso em torno da sua natureza, a participação de membro do MP (estadual ou distrital) nas Comissões Revisoras de Internações Psiquiátricas Involuntárias (CRIPIs) parece encontrar respaldo na própria LC nº 75/1993, art. 6º, §§ 1º e 2º. Essa participação pode se dar na qualidade de instituição observadora ou na composição de conselhos, como os de saúde, drogas ou segurança pública.

68. Disponível em: <<https://bit.ly/2XJ3bmD>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

69. Disponível em: <<https://bit.ly/2YT6kN5>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

70. Disponível em: <<https://bit.ly/2LpeObt>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenho das políticas públicas em saúde mental – traçado pelos movimentos sociais desde os anos 1970, e consagrado na LRP (2001) – foi influenciado por teorias e experiências comunitárias exitosas implementadas a partir dos anos 1950, na Europa e nos Estados Unidos, e se encontra amparado em instrumentos jurídicos e técnico-científicos internacionais. Contudo, esse modelo de atenção psicossocial comunitária, territorial e em rede, com a participação da família e das pessoas com transtornos mentais, vem sofrendo modificações substantivas, que podem levar à retomada da centralidade da oferta de serviços privados em saúde mental e à centralidade das internações em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas como primeira, se não única, forma de tratamento em saúde mental.

O papel do MP na defesa e garantia judicial e extrajudicial da saúde mental contra sustentação na CF/1988, nas Leis Orgânicas do MPU e dos Estados e na LRP.

O cenário que aqui se desenhou é influenciado por diversos fatores, que transitam não apenas nas relações institucionais do MP e de sua forma de atuação, mas também pelo papel do Poder Executivo, por intermédio de seus gestores, e da atuação punitiva do Poder Judiciário, quando provocado a solucionar as omissões ou irregularidades em torno da saúde mental.

O conhecimento da fundamentalidade normativamente constituída dos direitos sociais e, conseqüentemente, da ineficiência das ações que visam à sua efetividade quando comparadas às garantias legais, abre um espaço de atuação residual e resolutivo, a fim de que se efetivem direitos não garantidos pela administração da política pública, tanto enquanto direito individual quanto como direito coletivo e instauração de serviços.

Nesse contexto de demanda por atuação resolutiva advinda de omissão ou irregularidade, aparece a figura do MP, em virtude das atribuições que lhe são conferidas pelo ordenamento jurídico. Diante de tal incumbência, nota-se que o MP responde proativamente às demandas referentes à saúde, na defesa dos cidadãos e na busca da efetivação de acesso aos serviços. Contudo, no que tange à saúde mental, há ainda a busca de apropriação sobre as complexidades que norteiam a temática e o entendimento das resoluções que, de fato, irão contribuir com a saúde e o bem-estar desejados.

As internações, sejam elas voluntárias, involuntárias ou compulsórias, surgem como estratégias de garantia e efetivação do direito fundamental à saúde das pessoas com transtorno mental decorrente ou não do uso abusivo de álcool e outras drogas. Justificam-se, assim, não exclusivamente sob o prisma terapêutico, mas também de resolutividade quanto ao gozo de direito fundamental, o que traz para a questão um olhar jurisdicionalizado.

Assumindo o papel da resolutividade e garantia de efetivação, no âmbito da saúde mental, o MP adota como válida a estratégia das internações enquanto forma de oferecer à pessoa com transtorno mental atendimento que cumpriria as expectativas legais de garantia a direito fundamental. Partindo da validação das internações, o MP age, frente a elas, ora como fiscal da lei em processos judiciais, no caso da internação compulsória, ora como fiscalizador das internações involuntárias e da implantação dos serviços da política pública.

No entanto, nota-se que, mesmo dentro de sua atribuição extrajudicial no acompanhamento intersetorial de ações de gestão da política, utiliza de mecanismos judiciais, a fim de recorrer ao caráter punitivo e obrigacional de uma determinação judicial. É o que ocorre nos casos das ações civis públicas que pretendem, por exemplo, a criação de comissões revisoras de internações involuntárias ou a implantação da rede de atenção psicossocial.

Atribuir ao Judiciário, que age em linhas restritas de resolutividade – obrigacionais e punitivas –, a função de determinar as resoluções de problemas afetos à saúde mental do indivíduo ou da política de saúde mental, muitas vezes com base apenas em fontes jurisprudenciais, doutrinárias e normativas, pode ser uma atuação que o distancia do seu real propósito de efetivação através das estruturas já existentes, fortalecendo-as ou dando-lhes direcionamento prático e, desse modo, solucionando problemas pontuais e prevenindo a sua repetição.

A atuação por intermédio de instrumentos extrajudiciais e que permitam o diálogo, a multidisciplinariedade e a intersetorialidade tendem a alcançar maior eficiência e, ao mesmo tempo, auxiliar na estruturação dos serviços necessários. Entre eles, percebe-se a utilização positiva do termo de ajustamento de conduta, de audiências públicas, a fiscalização de instituições por visitas *in loco* e a realização de encontros de gestores mediados pelo MP.

A judicialização, pois, é uma realidade no cenário atual, sendo responsável por medidas que não produzem resultados positivos e eficientes a longo prazo, além de significar uma espécie de “delegação” das atribuições de órgãos do Poder Executivo ao Poder Judiciário, não lhes oportunizando o aprendizado e a estruturação da sua atuação.

Diante disso, o MP ganha espaço, não apenas como garantidor de direitos fundamentais através do Poder Judiciário, mas, sobretudo, como protagonista resolutivo e eficiente, e interlocutor entre todos os atores envolvidos na área da saúde mental, na perspectiva da efetividade dos direitos pelo fortalecimento administrativo da rede de promoção de tais direitos.

Nesse ponto, destaca-se a atuação do CNMP, que implementou uma força-tarefa para a fiscalização nacional de quarenta hospitais psiquiátricos, públicos e privados, com o intuito de averiguar a ocorrência de violações de direitos humanos, a legalidade das internações e a análise das condições da infraestrutura dessas unidades de saúde mental. Conforme linhas atrás, a atuação envolveu diversos ministérios públicos estaduais, o MPF, o MPT, o MDH e CFP. Esse mecanismo de fiscalização, dada a sua capilaridade e seu poder de aglutinação dos órgãos de monitoramento e de fiscalização, sinaliza para uma atuação resolutiva. Ainda que distante dos princípios sedimentados em instrumentos internacionais aprovados pela ONU, tais ações se direcionam a esses dispositivos, notadamente a *Declaração de Caracas* e a *Carta de princípios para a proteção da pessoa acometida de transtornos mentais e para a melhoria da assistência à saúde mental*, assim como a *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*.

A atual compreensão do que caracteriza a atuação do MP demandista e do MP resolutivo poderia ser alargada por intermédio do entendimento de que ambas as atuações podem ser estrategicamente utilizadas de modo dialógico e complementar, na busca pela efetivação dos direitos humanos e dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como na efetivação das políticas públicas comunitárias de saúde mental.

Nota-se que a atuação do MP brasileiro em saúde mental e internações forçadas ainda não integra sua agenda institucional. Pudemos identificar, ao longo desta pesquisa, atuações pontuais em diversos órgãos ministeriais, a exemplo do CNMP, do MPF, dos MPs estaduais e do MP do Distrito Federal e Territórios. Entretanto, quase vinte

anos depois da promulgação da Lei nº 10.216/2001, e dez anos após a internalização da *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência* como norma constitucional, o MP brasileiro aparentemente não adotou uma rotina de reflexões e uma agenda de atuação contínua nessa área, o que é urgente para que continue caminhando rumo à atuação resolutiva.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Luseni Maria Cordeiro de. **“Intelligentsia” jurídica, direito e justiça social no Brasil**: interesses e ideologia na base da Constituição de 1988. 2002. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

ARANTES, Rogério Bastos. Direito e política: o Ministério Público e a defesa dos direitos coletivos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 39, p. 83-102, fev. 1999. Disponível em: <<https://bit.ly/31St4Pj>>. Acesso em: fev. 2018.

ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. Rio de Janeiro: **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 33-55, 2010a.

_____. **Indo além da judicialização**: o Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010b. Disponível em: <<https://bit.ly/2XDFrQE>>. Acesso em: 1º maio 2018.

ASENSI, Felipe; PINHEIRO, Roseni. A juridicização da saúde e o Ministério Público. *In*: ASENSI, Felipe; PINHEIRO, Roseni (Orgs.). **Direito sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 30, p. 532-563.

ASENSI, Felipe *et al.* Ministério Público e estratégias de efetivação do direito à saúde no Brasil. Unisul de fato e de direito. **Revista Jurídica da Universidade do Sul de Santa Catarina**, v. 6, n. 10, p. 43-68, 2015.

BARROSO, Luís Roberto. Constituição, democracia e supremacia judicial: direito e política no Brasil contemporâneo. **Revista Jurídica da Presidência**, Brasília, v. 12, n. 96, p. 1-46, fev.-maio, 2010.

_____. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2AgFMM0>>.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: MS, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2qCLQuI>>. Acesso em: 2 mar. 2016.

_____. Conselho Nacional do Ministério Público. **Resolução CNMP**, n. 23, 17 set. 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2VSjLjf>>. Acesso em: 17 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, MS, 2015.

_____. **Coordenação de saúde mental, álcool e outras drogas** – panorama e diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS, 2017a. Disponível em: <<https://bit.ly/2v3oT4r>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

_____. Resolução nº 164, de 28 março de 2017. Disciplina a expedição de recomendações pelo Ministério Público brasileiro. Brasília, 2017b.

CALABRICHI, Bruno (Org.). **Modelos de ministérios públicos e defensorías del pueblo**: ministérios públicos Sul-Americanos. Brasília: ESMPU, 2014a. v. 1.

_____. **Modelos de ministérios públicos e defensorías del pueblo**: Ministérios Públicos da Comunidade dos países de língua portuguesa. Brasília: ESMPU, 2014b. v. 2.

_____. **Modelos de ministérios públicos e defensorías del pueblo**: Defensorías del Pueblo. Brasília: ESMPU, 2014c. v. 3.

CARVALHO, Ernani Rodrigues de. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. **Revista Brasileira de Sociologia Política**, Curitiba, v. 23, p. 115-126, nov. 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2YcQIHj>>. Acesso em: nov. 2011.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA; INSPER – INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2oPYdUH>>. Acesso em: 24 maio 2019.

CFP – Conselho Federal de Psicologia; MNPCT – Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; PFDC – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas** – 2017. Brasília: CFP, 2018.

COSTA, Athayde Ribeiro. O Ministério Público resolutivo e a priorização da tutela jurídica preventiva: o grupo de trabalho copa do mundo FIFA de 2014 da 5ª CCR/MPF. *In*: VITORELLI, Edilson (Org.). **Temas aprofundados do Ministério Público Federal**. Salvador: Juspodium, 2011. p. 43-61.

DECOMAIN, Pedro Roberto. **Comentários à Lei Orgânica Nacional do Ministério Público**. Florianópolis: Obra Jurídica, 1994.

DESVIANT, Manuel; MORENO, Ana. La reforma psiquiátrica. *In*: DESVIANT, Manuel; PEREZ, Ana Moreno (Eds.). **Acciones de salud mental em la comunidade**. Madrid: Asociaçion Espanola de Neuropsiquiatria, 2012. p. 28-36.

DF terá que criar 25 residências terapêuticas e 19 CAPS para pessoas com doenças mentais. **TJDFT notícia**, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2XLciTu>>. Acesso em: 17 set. 2018.

DIAS, João Paulo; FERNANDO, Paula; LIMA, Teresa Maneca. Transformações do Ministério Público em Portugal: de actor institucional a actor social? **Revista do Conselho Nacional do Ministério Público**, Brasília, n. 1, p. 44-80, 2011.

DULCE, Mauricio. Ministério Público no Chile: modelo institucional e funções. **Revista do Conselho Nacional do Ministério Público**, Brasília, n. 1, p. 128-165, 2011.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Ministério Público. **Ministério Público e a tutela à saúde mental**: a proteção de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos e de usuários de álcool e drogas. 2. ed. Rio de Janeiro: MPRJ, 2011.

_____. Ministério Público. **Módulo de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: MPRJ/ CAO Saúde, 2015. Disponível em: <<https://is.gd/0tc39y>>.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Ministério Público Federal. Ata de audiência pública, de 5 de junho de 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2JALRHC>>.

FONSECA, Cibele Benevides Guedes da; CORREIO, Lia de Souza Siqueira; CORREIO, Diaulas Costa Ribeiro. Ministério Públicos dos Estados Unidos da América: uma análise das atuações federal e estadual. **Revista de Direito Internacional Econômico e Tributário**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 119-151, jul./dez. 2016.

GAJARDONI, Fernando da Fonseca. **Direitos difusos e coletivos II**: ações coletivas em espécie; ação civil pública, ação popular e mandato de segurança coletivo. São Paulo: Saraiva, 2012.

GUARNIERI, Carlo. Organização e estrutura do Ministério Público na Itália. **Revista do Conselho Nacional do Ministério Público**, Brasília, n. 1, p. 104-127, 2011.

HABERMAS, Jürgen. Tendências da juridicização. 1987. Disponível em: <<https://bit.ly/2NWT09w>>.

KERCHE, Fábio. **Virtude e limites**: autonomia e atribuições do Ministério Público no Brasil. São Paulo: EDUSP, 2009. (Biblioteca Edusp de Direito, n. 9).

MARCHISIO, Adrián. O Ministério Público Federal na Argentina: estrutura, princípios e funções. **Revista do Conselho Nacional do Ministério Público**, Brasília, n. 1, p. 166-191, 2011.

MASSIA, Ricardo Gralha. A missão constitucional do Ministério Público Federal e a sua efetivação no cotidiano. *In*: VITORELLI, Edilson (Org.). **Temas aprofundados do Ministério Público Federal**. Salvador: Juspodium, 2011. p. 19-41.

OLIVEIRA JÚNIOR, José Alcebíades de. Politização do direito e juridicização da política. **Sequência**, Florianópolis, v. 17, n. 32, p. 9-14, 1996.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; MILAGRES, Marcelo de Oliveira. Ministério Público e políticas de saúde: implicações de sua atuação resolutiva e demandista. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 142-161, nov. 2014/fev. 2015.

OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Plan de acción sobre salud mental: 2013-2020**. Ginebra: OMS, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2YgopnE>>. Acesso em: 5 maio 2015.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos direitos do homem**. 1948. Disponível em: <<https://bit.ly/31lam1e>>. Acesso em: 17 set. 2018.

_____. **A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental**. n. A/46/ 49, 17 dez. 1991.

PROMOTORIA requer na Justiça implantação de leitos de saúde mental em Patos. **Portal MPPB**, 20 jan. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2BhlOAm>>.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella Di. O Ministério Público como função essencial à justiça. *In*: RIBEIRO, Carlos Vinícius Alves (Org.). **Ministério Público: reflexões sobre princípios e funções institucionais**. São Paulo: Atlas, 2010. p. 3-12.

POGREBINSCHI, Thamy. **Judicialização ou representação?** Política, direito e democracia no Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

PRADA, Ignácio Flores. Notas sobre a posição constitucional do Ministério Público na Espanha. **Revista do Conselho Nacional do Ministério Público**, Brasília, n. 1, p. 82-102, 2011.

PUC-RIO – PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO. **A assistência psiquiátrica: breve histórico geral e atual processo de reforma no Brasil**. Rio de Janeiro, [s.d.]. Disponível em: <<https://bit.ly/32ulE4L>>.

RIBEIRO, Carlos Vinícius Alves. **Ministério Público: funções extrajudiciais**. Belo Horizonte: Fórum, 2015.

ROCCA, Adolfo Vásquez. Antipsiquiatria: desconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la “razón psiquiátrica”. **Nómadas – Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas**, Madrid, v. 31, n. 3, p. 7-19, nov. 2011. Disponível em: <<https://is.gd/0fRMo0>>. Acesso em: 4 jun. 2018.

SILVA, Cátia Aida. Promotores de justiça e novas formas de atuação em defesa de interesses difusos sociais e coletivos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 16, n. 45, p. 127-144, fev. 2001.

SCHITTAR, Lucio. A ideologia da comunidade terapêutica. *In*: BASAGLIA, Franco (Org.). **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 135-147.

SHORTER, Edward. **Uma história da psiquiatria: da era do manicômio à idade do prozac**. Lisboa: Climepsi, 2001.

SORJ, Bernardo. **A democracia inesperada: cidadania, direitos humanos e desigualdade social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

VIANNA, Luiz Werneck; BURGOS, Marcelo Baumann; SALLES, Paula Martins. Dezesete anos de judicialização da política. **Tempo Social**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 39-85, nov. 2007. Disponível em: <<https://is.gd/kl2b2D>>. Acesso em: 06 dez. 2009.

VIANNA, Luiz Werneck. A judicialização da política. In: AVRITZER, Leonardo *et al.* (Orgs.). **Dimensões políticas da justiça**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. p. 207-214.

VILLAS BÔAS FILHO, Orlando. A juridicização e a judiciarização enfocadas a partir da “sociologia política do direito” de Jacques Commaille. **Revista Brasileira de Sociologia do Direito**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 56-75, jul./dez. 2015.

_____. A juridicização e o campo indigenista no Brasil: uma abordagem interdisciplinar. **Revista da Faculdade de Direito da USP**, São Paulo, v. 111, p. 339-379, jan./dez. 2016.

XIMENES, Julia Maurmann. Judicialização dos benefícios de prestação continuada e impactos simbólicos na cidadania. **Pensar**, Fortaleza, v. 21, n. 2, p. 600-625, maio/ago. 2016.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health atlas**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2xOhWYA>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

CAMPOS, Carlos Alexandre de Azevedo. **O ativismo judicial contemporâneo no Supremo Tribunal Federal e nas cortes estrangeiras**. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2JtFqWN>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

DIMOULIS, Dimitri; LUNARDI, Soraya Gasparetto. Dimensões da constitucionalização das políticas públicas. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 273, pp. 237-267, set./dez. 2016.

FERREIRA, Angelo Mazzuchi Santana. **O Ministério Público diante da procura por interações psiquiátricas**. Disponível em: <<https://bit.ly/2JMD1oT>>. Acesso em: 21 abr. 2018.

GRANGEIA, Mario Luis. Entre gabinete e fatos: Ministério Público Federal e direitos à educação e saúde. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Santa Vitória do Palmar, v. 9, n. 18, p. 116-136, jul./dez. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2Sjd04t>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

LEMGRUBER, Julita *et al.* **Ministério Público: guardião da democracia brasileira?** Rio de Janeiro: CESeC/Cândido Mendes, 2016.

KOERNER, Andrei. Ativismo Judicial? Jurisprudência constitucional e política no STF pós-88. **Novos Estudos – CEBRAP**, São Paulo, v. 96, p. 69-85, jul. 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2JAblok>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

MACIEL, Débora Alves; KOERNER, Andrei. O processo de reconstrução do Ministério Público na transição política (1974-1985). **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 97-117, set./dez. 2014.

MARTINS JÚNIOR, Wallace Paiva. **Ministério Público: a Constituição e as Leis Orgânicas**. São Paulo: Atlas, 2015. p. 121.

MPF – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL; PFDC – PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001**. Brasília: MPF/PFDC, 2011.

MPPB ajuíza ação civil para implantação de unidades de acolhimento de usuários de drogas em Patos. **MPPB**, 26 jan. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2JJayk4>>.

KLÉBER, Antônio. MPAC e Defensoria Pública discutem fluxo de demandas com vistas ao atendimento de demandas específicas. **Agência de Notícias**, 18 jul. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2XQnLLz>>.

POLAKIEWICZ, Rafael Rodrigues; TAVARES, Cláudia Mara de Melo. Judicialização, juridicização e mediação sanitária: reflexões teóricas do direito ao acesso aos serviços de saúde. **Revista Pró-UniversUS**, Vassouras, v. 8, n. 1, p. 38-43, jan./jun. 2017.

RODRIGUEZ, José Rodrigo; NOBRE, Marcos. Judicialização da política? Sobre a naturalização da separação dos poderes (I). *In*: RODRIGUEZ, José Rodrigo. **Como decidem as cortes? Para uma crítica do direito (brasileiro)**. Rio de Janeiro: FGV, 2013. Cap. 5. p. 177-199.

ROTUNNO, Angela Salton. Judicialização e juridicização da saúde no Ministério Público. *In*: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Orgs.). **Direito sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 29. p. 517-531.

SAÚDE mental: é necessário aumentar recursos em todo o mundo para atingir metas globais. **OPAS/OMS Brasil**, 6 jun. 2018 Disponível em: <<https://bit.ly/2OvT1ko>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

SAUERBRONN, Selma. O protagonismo do Ministério Público no Estado Democrático: construção de uma política pública de saúde, na perspectiva da proteção integral da criança e do adolescente. *In*: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Orgs.). **Direito sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 31. p. 564-5831.

SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex (Coords.). **Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: CFM/CREMESP, 2011. v.1.

TEIXEIRA, Anderson Vichinkeski. Ativismo judicial: nos limites entre racionalidade jurídica e decisão política. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 37-58, jan./jun. 2012. Disponível em: <<https://is.gd/hKr4Pn>>.

VILLAS BÔAS FILHO, Orlando. O direito como revelador das transformações sociais contemporâneas: a abordagem sociopolítica de Jacques Commaille. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 268-277, jan./abr. 2018.

VITORELLI, Edilson. **Temas aprofundados do Ministério Público Federal**. Salvador: Juspodium, 2011.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação

Reginaldo da Silva Domingos

Assistente de Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Supervisão

Camilla de Miranda Mariath Gomes

Everson da Silva Moura

Revisão

Ana Clara Escórcio Xavier

Clícia Silveira Rodrigues

Idalina Barbara de Castro

Luiz Gustavo Campos de Araújo Souza

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Alice Souza Lopes (estagiária)

Amanda Ramos Marques (estagiária)

Ana Luíza Araújo Aguiar (estagiária)

Hellen Pereira de Oliveira Fonseca (estagiária)

Ingrid Verena Sampaio Cerqueira Sodré (estagiária)

Isabella Silva Queiroz da Cunha (estagiária)

Lauane Campos Souza (estagiária)

Editoração

Aeromilson Trajano de Mesquita

Bernar José Vieira

Cristiano Ferreira de Araújo

Danilo Leite de Macedo Tavares

Herllyson da Silva Souza

Jeovah Herculano Szervinsk Junior

Leonardo Hideki Higa

Capa

Danielle de Oliveira Ayres

Flaviane Dias de Sant'ana

Projeto Gráfico

Renato Rodrigues Bueno

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo

70076-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA
ECONOMIA



ISSN 1415-4765

