

O MINISTÉRIO PÚBLICO DIANTE DA PROCURA POR INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Angelo Mazzuchi Santana Ferreira¹
Área: Especializada - Saúde Pública

Síntese dogmática: O presente artigo visa dar uma visão didática e holística do sistema de internações psiquiátricas dentro da atual política Nacional da Saúde Mental, diferenciando em especial, as internações involuntárias das internações compulsórias, de forma que o agente do Ministério Público ao se deparar no seu dia-a-dia com esta questão, possa identificar se o caso concreto é, efetivamente, situação de internação compulsória ou, trata-se de involuntária, assegurando ao padecente, o caminho apropriado para o seu caso, percebendo as implicações e dificuldades afetas a cada forma de acesso à internação hospitalar, principalmente no que concerne às questões que aparecem de forma mais frequente nesta seara, evitando judicialização desnecessária e, permitindo uma atuação mais harmônica dos operadores do direito, para com os operadores do sistema público de saúde.

JUSTIFICATIVA DO TEMA

A lei 10.216/01 - Política Nacional de Saúde Mental definiu que o internamento em hospital psiquiátrico seria situação extrema e excepcional, só admissível naqueles casos em que os demais serviços da rede ambulatorial, não se mostrassem efetivos, porém, após 13 anos, a realidade com que nos deparamos, não confirma a presunção de exceção, pelo contrário, a busca por este serviço vem se intensificando e, com a diminuição da oferta de leitos dessa natureza, o que vemos é um considerável aumento por tutelas jurisdicionais que supram essa lacuna.

Objetivamos tratar neste trabalho, em primeiro plano, das possíveis causas do aumento da procura por leitos de psiquiatria, posteriormente, a partir dos tipos de internações psiquiátricas admissíveis, entender as dificuldades mais comuns neste tema e, finalmente, propor um roteiro de atuação das Promotorias de Justiça.

1. Causas prováveis do aumento da procura por leitos em hospitais de psiquiatria

1.1 Preconceito: A gênese das internações psiquiátricas está na “*Teoria do Tratamento Moral*”, de Philippe Pinel, do séc. XVIII, que partia do princípio do isolamento, bem explicado por Foucault: “*o isolamento visava garantir a segurança pessoal dos loucos e sua família, libera-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-lo a um regime médico; impor-lhe novos hábitos intelectuais e morais*”.² Preponderava a tese de que a “*sequestração era a primeira condição de qualquer terapêutica da loucura*”³, isso porque o louco era perigoso, incurável e incapaz⁴ e, o manicômio era o seu único e viável mundo, desde então, perdura o mito da “*loucura incurável e violenta*”, especialmente para

¹Angelo Mazzuchi Santana Ferreira, promotor de justiça, lotado desde 2001 na 9ª. PJ/Saúde Pública/Cascavel, especialista pela Escola Superior do Ministério Público do Rio Grande do Sul e, mestre em Processo Civil e Cidadania pela UNIPAR.

²FOULCOULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979, p. 126.

³AMARANTE, Paulo. **O Homem e a serpente, outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003, p. 49

⁴FARIA COSTA. AUGUSTO CESAR DE. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília/DF: Ed. Do Ministério da Saúde, Vol. I, 2003, p. 145 e seguintes.

aqueles que usam abusivamente de psicoativos, o que não se confirma na prática, como consta da cartilha “Direito à Saúde Mental”, do MPF, que abalizadamente afirma: “A proporção de pessoas que cometem crimes entre os portadores de transtorno mental é menor que a proporção de pessoas que cometem crimes na população em geral.”⁵

Essa afirmação é reforçada por uma pesquisa na Suécia, que concluiu que somente 5,2% de todos os crimes violentos cometidos entre 1988 e 2000, foram de autoria de portadores de doenças mentais, ou seja, 1 a cada 20 delitos violentos.⁶

Ainda nesse sentido, foi amplamente divulgada pela imprensa, uma operação deflagrada em meados de dezembro/11 e início de janeiro/12, pela Polícia Militar e o Poder Público Municipal de São Paulo, na região daquela capital conhecida como Cracolândia, sob a justificativa de combate a uma suposta “onda de criminalidade gerada pelos drogados que lá frequentavam”, ocorreu, porém, conforme apurou na oportunidade o *Parquet* paulista, que desde 2009 não havia qualquer notícia de fatos criminosos extremamente violentos ou, em quantidades tais, que justificassem aquela conduta repressiva, ao ponto de que, em uma semana, após quase 3.000 abordagens policiais, foram apreendidas irrisórias 447 gramas de crack.⁷

Todavia, o mito perdura e, com ele o velho clamor pela exclusão social do padecente de transtornos mentais, nada sendo melhor para isso, do que a colocação em leitos de hospitais psiquiátricos.

1.2 Ausência de processos terapêuticos eficazes: em especial para os casos de uso abusivo de álcool e outras drogas, os procedimentos terapêuticos tem se mostrado pouco resolutivos, não há medicamentos específicos e, são poucas as pesquisas sobre o emprego de terapias alternativas, gerando sensação progressiva de impotência e, intolerância para com o padecente desse tipo de transtorno mental, de forma que os próprios médicos indicam, logo em primeiro plano, a internação psiquiátrica, quando deveriam fazê-lo apenas como último recurso.

1.3 Ausência de serviços em rede: embora haja muitos serviços de assistência de saúde e, social, estes não se comunicam, não atuam em rede, sendo que de regra, o tratamento ocorre de forma fragmentada, não há continuidade e acompanhamento dos enfermos por tempo suficientemente prolongado e, de forma eficazmente coordenada, a ponto de permitir a verificação de resultados positivos, o que aumenta a procura por processos terapêuticos radicais, como as internações hospitalares.

1.4 Ausência de leitos hospitalares: A atual Política Nacional de Saúde Mental adotou mecanismos para induzir à diminuição de leitos em hospitais especializados, mas não logrou a construção de equivalente rede substitutiva, com leitos de curta duração, em hospitais gerais e, serviços em meio aberto, gerando um hiato de atendimento. Para que se tenha uma ideia desse problema, de 2002 até 2012, foram fechados cerca de

⁵Cartilha Direito à Saúde Mental, MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL / PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO, p.18.

⁶ <http://blogs.estadao.com.br/sinapses/crimes-e-insanidade-mental/>

⁷ <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2012/01/mp-instaura-inquerito-civil-para-apurar-operacao-na-cracolandia.html>

20.000 (vinte mil) leitos em hospitais de psiquiatria,⁸ quase a metade do que existia, não tendo havido correspondente emprego destes recursos, nas ações de saúde em meio aberto.

Assim, apesar da reforma psiquiátrica de iniciativa de Franco Basaglia⁹ já contar com mais de três décadas no Brasil, a rede de serviços é ainda embrionária, gerando desassistência e com isso, reforçando um nítido movimento de retorno aos hospitais, inclusive pela via judicial.

2 Modalidades de internações psiquiátricas

2.1 Internação voluntária: prevista na lei 10.216/01, art. 6º. I, tem os seguintes requisitos: (i) existência de laudo médico fundamentado; (ii) existência de expressa, escrita e esclarecida concordância do paciente; (iii) existência de vaga em hospital geral ou especializado em psiquiatria, a ser disponibilizada pelo Gestor de Saúde, com responsabilidade sanitária sobre os serviços de leitos hospitalares.

2.2 Internação involuntária: prevista na lei 10.216/01, art. 6º. II, tem os seguintes requisitos: (i) existência de laudo médico fundamentado; (ii) existência de concordância do responsável pelo paciente; (iii) não aceitação pelo paciente, do tratamento ou, impossibilidade de concordar expressamente com o mesmo; (iii) disponibilização de vaga pelo Gestor de Saúde, com responsabilidade sanitária sobre os serviços de leitos hospitalares.

2.3 Internação compulsória: prevista na lei 10.216/01, art. 6º. III, tem os seguintes requisitos: (i) existência de laudo médico fundamentado; (ii) independe da vontade do paciente ou, de seu representante; (iii) exige a existência de processo judicial, que obedeça ao devido processo legal; (iv) não depende de vaga a ser disponibilizada pelo Gestor de Saúde, é o juiz do processo que define o local do internamento; (v) depende de decisão judicial, que impõe a internação contra um réu/requerido, que está no polo passivo da relação processual; (vi) só cabe nos casos expressos em lei específica, que preveja/autorize, que o juízo mande internar em estabelecimento hospitalar de psiquiatria, sendo os seguintes, os casos mais comuns: **vi-i Medida de Segurança** – com previsão no CP e CPP, determinada pelo juiz do processo criminal; **vi-ii. Medida de Segurança Intercorrente** – com previsão na LEP, decorre da execução da pena e, determinada pelo juiz da execução; **vi-iii. Medida Sócio-Educativa** – com previsão no Estatuto da Criança e Adolescente, Arts. 112. VII c/c 101, V para o caso de adolescente em conflito com a lei, a ser decretada pelo Juízo da VIJ, no processo por ato infracional; **vi-iv Medida de Proteção** - com previsão no Estatuto da Criança e Adolescente, Art. 101, V, para o caso de criança ou adolescente em condição de risco social, a ser decretada pelo Juízo da VIJ; **vi-v**

⁸Saúde Mental em Dados 10 - Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ano VII, nº 10, março de 2012, p. 16 - <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>

⁹ DESVIAT, Manuel. **Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 44/45.

Medida de Proteção de Idoso - com previsão no Estatuto do Idoso, Lei 10. 741/03, Arts. 43 c/c 45, III a ser decretado pelo juízo cível a requerimento do Ministério Público.¹⁰

3 A aplicação abusiva da internação compulsória

É indiscutível que vem crescendo o número de pedidos de internações compulsórias, especialmente contra padecentes de transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de psicoativos e, o que se vê na maioria dos casos, é a utilização equivocada deste instituto, com violações grotescas do Princípio da Dignidade, fruto da intolerância social para com o padecimento mental, já que “*no reconhecimento da dignidade humana está contida a tolerância*”¹¹ bem como, por meio do total desrespeito ao Devido Processo Legal Substantivo, insculpido no art. 5º. II da Carta Política de 88, que assegura a liberdade individual de opção, “*senão em virtude de lei*”.

Tais decretos judiciais, como já dissemos, são na imensa maioria das vezes, direcionados à proteção do demandado padecente de transtorno mental e, por isso, bem-intencionados, porém, não menos abusivos nem, mais toleráveis.

Note-se que o princípio constitucional por último citado, exige lei para que haja internação psiquiátrica decretada judicialmente e, esta é a Lei 10.216/01, que em seu art. 6º. III c/c 9º determina que o juiz decrete a internação dita compulsória, nos termos da “*legislação vigente*” ou seja, quando houver lei específica que a autorize e, como vimos acima, as leis específicas existentes smj, se restringem aos casos de Medida de Segurança (CP, CPP e LEP), Medida Sócio-Educativa (ECA Arts. 112. VII c/c 101, V) Medida de Proteção (ECA Art. 101, V) e, Medida de Proteção de Idoso (EI Arts. 43 c/c 45, III), fora desses casos, é evidente que descabe a medida de internação Compulsória.

De forma geral, o que vemos são internações psiquiátricas promovidas contra enfermos, porque (i) não aceitam serem submetidos a avaliações psiquiátricas; (ii) quando avaliados, resistem a serem levados até o hospital de tratamento; (iii) quando estão em condições de serem levados para o tratamento, este não é disponibilizado pelo Poder Público. Vejam que para nenhuma das hipóteses acima, existe previsão legal para exarar decreto judicial de internação compulsória.

4 Superando as dificuldades de acesso à internação involuntária

Afirma Raffaele de Giorgi que: “*mais inclusão significa mais exclusão*”¹² e, de fato, desde 2001 estamos aprimorando um sistema de inclusão social, que passa por uma rede de assistência à saúde mental, com tratamento ambulatorial ou, domiciliar, mas que necessita, ainda que de forma excepcional, como *ultima rattoo*, de serviços terciários, os chamados hospitais psiquiátricos, que todavia, hoje são de difícil acesso por

¹⁰Estatuto do Idoso- Art. 45. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 43, o Ministério Público ou o Poder Judiciário, a requerimento daquele, poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas: **III** – requisição para tratamento de sua saúde, em regime (...) hospitalar (...)

¹¹ SARLET. Ingo Wolfgang. **Dimensões da dignidade**. 2a. ed. Porto Alegre: Editora Livraria do Advogado, 2009, p. 208

diversas causas, dentre elas, a própria falta de leitos, o que confirma que o aprimoramento do sistema de saúde, acaba também, em determinadas ocasiões, gerando mais exclusão, decorrente no mais das vezes, da ausência de mecanismos de acessibilidade, estes inerentes à própria complexidade do sistema.

Na sequência, passaremos a enumerar situação corriqueira, com as quais os Promotores de Justiça, amiúde se deparam, quando são procurados por usuários do Serviço Único de Saúde, que às promotorias se dirigem, com alguns poucos documentos em mãos, problemas de longos anos e, esperançosos em obterem um tratamento que lhes vem sendo negado sistematicamente.

(i) Negativa do paciente em ir até o serviço ambulatorial de saúde: especialmente quando se trata de dependente de drogas, o enfermo não aceita nem comparecer à consulta médica, sendo que a informação que de regra é passada ao familiar, é de que sem a presença do padecente, não é possível ser feita a avaliação médica e, portanto não pode ser exarado o correspondente “Laudo Médico Circunstanciado”, sem o qual, nem mesmo se inicia a busca por vaga em hospital psiquiátrico. É certo que o referido Laudo é imprescindível, mas não é verdade que só pode ser obtido, com a ida do enfermo até o serviço de saúde. Para enfrentar problemas como este, a Atenção Primária de Saúde dispõe de equipes volantes, compostas de clínicos e outros profissionais da saúde e, que tem o dever de ir até onde o usuário do sistema público está, quando o contrário não se mostra possível. Nos lugares onde houver qualquer um dos CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, ainda que não seja o de álcool e drogas, sugere-se que o Promotor de Justiça requirite que a equipe se desloque até onde o paciente se encontra e, proceda a avaliação e, correspondente diagnóstico do mesmo. Nos locais onde não houver esse serviço específico de atenção primária de saúde mental, sugerimos que o mesmo seja requisitado para que a Secretaria Municipal de Saúde mande deslocar qualquer uma das Equipes da Estratégia Saúde da Família. De regra, as ESF raramente se aventuram voluntariamente a tanto, porque não possuem treinamento nem, conformação para esse tipo de atendimento, mas isso não lhes retira a obrigação. Detectando situação de ausência de ESF treinada para esse fim, é apropriado que o Parquet envie Recomendação Administrativa ao gestor de saúde, de sorte que em prazo assinado, proceda a medidas destinadas a suprir essa falta. Por sinal, o Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012/2015 reconhece como objetivo a necessidade de “*implantar equipes comunitárias para trabalhar a promoção à saúde mental, a prevenção e o suporte aos pacientes, às famílias e às comunidades*”¹³ sendo que aprovou a “Deliberação no. 86”, que destacou como objetivo a implantação da rede de serviços substitutivos em saúde mental em todos os seus níveis de assistência, incluindo atendimentos móveis.

(ii) Negativa do paciente já avaliado, em ir até o hospital de tratamento psiquiátrico: tem sido comum, quando o paciente não aceite ir até o hospital, para ser internado, que a família seja orientada pelo próprio serviço de saúde, a ir até o Ministério Público, de sorte a obter uma ordem judicial, que o obrigue ao internamento. Deparando-se com tal reclamação, sugerimos que o Promotor de Justiça advirta o Gestor de Saúde de que esta orientação é errada e, que não é preciso ordem judicial para que o serviço de saúde, por

¹² GIORGI Raffaele de. **Direito, democracia e risco, vínculos com o futuro.** Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris editora, 1998, p.161

¹³Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. **Plano estadual de saúde do paraná 2012/2015.** Curitiba: Editor Oficial, 2013, p. 57

meios de suas equipes, localize e contenha o enfermo. Esta conduta deverá ser executada por uma ESF e, poderá se valer conforme o caso, de auxílio do SAMU, que poderá mesmo se entender preciso, solicitar ajuda do Corpo de Bombeiros e/ou da Polícia Militar, valendo-se para tanto, de meios e técnicas de persuasão e/ou contenção física moderada (correias) e, química (soporíferos). Nem mesmo o argumento de que o padecente está em surto psicótico, escondendo-se, fugindo ou, colocando-se em condição de resistir ao agir da equipe de saúde, justifica a inação desta, mesmo porque, nesta hipótese estaríamos diante de uma situação de urgência psiquiátrica e, a portaria 2048/03 já prevê esse agir.

(iii) indisponibilidade de vaga em hospital psiquiátrico, pelo Gestor de saúde competente: leitos de psiquiatria são considerados serviços de média/alta complexidades, de sorte que excedem à Atenção Primária de Saúde. Uma vez que o Promotor de Justiça se depare com a reclamação da família ou de terceiros, de falta de vaga em hospital psiquiátrico, deverá verificar o Pacto de Gestão, firmado por meio do “Termo de Compromisso de Gestão” do município de origem do enfermo. Naquele documento estará definido se é o Gestor Municipal ou, o Gestor Estadual de Saúde, que deverá disponibilizar a vaga hospitalar, lembrando sempre, que a competência do Estado é residual, ou seja, se o TCG nada disser sobre leitos de psiquiatria, esta atribuição é de responsabilidade do Estado. Outra coisa que não podemos esquecer, é que os leitos são regulados por uma “Central de Leitos”, mas esta não tem personalidade jurídica própria, quem responde por este serviço é o Gestor de Saúde. Finalmente, leito hospitalar é serviço fundamental de saúde e, não pode o Gestor deixar de disponibilizar sob qualquer argumento, seja inexistência de vaga, seja de recursos, mesmo porque, a alegação sempre presente, da Reserva do Possível, falece frente ao Mínimo Existencial, posição predominante na jurisprudência.¹⁴

É evidente que diante da inação do Poder Público, cabe ao Parquet oficiar ao gestor de saúde, para que disponibilize o serviço de saúde de que necessita aquele enfermo mas, se ainda assim perdurar a situação de desassistência, não restará outro caminho ao agente ministerial ou, defensor público, senão demandar em busca de uma tutela jurisdicional, sendo que devemos ter claro que tal pedido, não será de internação compulsória e sim, de mera ação de obrigação de fazer, a internação segue a ser involuntária. Veja-se que na internação compulsória, a demanda é movida contra o enfermo, na ação a ser intentada neste caso, a demanda é movida contra o gestor de saúde omissor. Da mesma forma, na compulsória, pretende-se impor a alguém, um tratamento em condições e local, definidos pelo juiz, nos termos da lei, ao passo que na ação sugerida para

¹⁴ADMINISTRATIVO E CIVIL - TRATAMENTO DE CÂNCER - URGÊNCIA NA INTERNAÇÃO - UNIÃO FEDERAL - LEGITIMIDADE.1- O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). 2- O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. 3- A saúde é direito de todos e dever do Estado e, como tal, por este deve ser mantido e suportado. 4- Em oposição à tese da •reserva do possível–, defendida pela União Federal, temos a adoção pelo Supremo Tribunal Federal da preservação do núcleo consubstanciador do •mínimo existencial–. A Suprema Corte vem aceitando a denominada •dimensão política de jurisdição constitucional–, que permite o exercício do controle judicial em tema de implementação de políticas públicas para garantir o •mínimo existencial–. 5- Reconhecido o direito da autora à internação no INCA, bem como à realização do seu tratamento e aos procedimentos para restabelecimento de sua saúde. 6- Apelação provida. Sentença reformada.

este caso, pede-se que o Poder Público seja compelido a disponibilizar vaga para que o paciente seja tratado, onde e como esta vaga será obtida, é algo que cabe ao gestor de saúde, resolver.

Ainda nesse mesmo sentido, devemos lembrar que o Ministério Público pode e deve, exaurir as vias administrativas, antes de propor a ação sugerida, isso por duas razões: a primeira porque é função do *Parquet*, buscar solucionar conflitos sobre direitos fundamentais, fora do caminho da judicialização, é o que Felipe Dutra Asensi chamou de “juridicização”¹⁵ devendo fazê-lo por meio de um Inquérito Civil, através de medidas práticas, lembrando que, nas palavras de ROTUNNO: “...o principal objetivo do inquérito civil será solucionar o problema sem o ajuizamento da ACP...”¹⁶, outra porque, na prática ao assim agir, o Ministério Público acaba chamando para si, uma responsabilidade de gestão, situação que pode ao final, ser muito cômoda ao gestor.

(iv) **Laudos Médicos Nulos:** não raramente, nos casos acima, a família já leva em mãos, ao Ministério Público, os documentos necessários para que se inicie o tratamento. Talvez o mais importante seja o Laudo Médico Circunstanciado/Fundamentado. É importante que seja verificado se aquele documento está apto a gerar os efeitos que dele são esperados. Não podem ser aceitos laudos que descumpram as exigências da Resolução CFM no. 1931/09, arts. 11, 80 e 87, estes documentos devem ser legíveis, com identificação do profissional que prescreveu, com descrição dos atos praticados, em formulário adequado e, especialmente, deve trazer os fundamentos da necessidade da internação, demonstrando a sua excepcionalidade. É imprestável o Laudo Médico que se limita a afirmar que o paciente “necessita” do internamento. Sugerimos inclusive, com base na lei 12.842/13, art. 3º. que define que o médico assistente do paciente, deverá “*atuar em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem*”, que seja requisitado da equipe de saúde que acompanhou o enfermo, que forneça Laudo Psicológico e, Estudo Social, para confirmar a necessidade de internação como “medida excepcional”, bem como, para evidenciar que o paciente está sendo mesmo, acompanhado por aquela Equipe de Saúde/SUS e não, que o médico apenas ratificou algum laudo particular.

(v) **Quem pode pedir internamento involuntário:** ocorre que muitas vezes, não é nenhum familiar que vem ao Ministério Público, solicitando nossa atuação para que determinada pessoa, tenha acesso à internação em hospital psiquiátrico, mas sim agentes de saúde, agentes sociais, conselheiros tutelares e outros do gênero, dizendo que o enfermo precisa de internação compulsória, porque justamente, não há ninguém de sua família ou, que tenha vínculo jurídico (guardião, curador...) com o mesmo, para solicitar sua internação involuntária.

Efetivamente, a lei 10.216/10, II define que internação involuntária se dá a pedido de terceiro, sem contudo, dizer quem é esse terceiro. A solução parece ficar por conta do § 2º do mesmo dispositivo, que pontua que a alta será solicitada pelo familiar, responsável legal, ou especialista responsável pelo tratamento, portanto, entende-se de modo geral, que terceiro com capacidade de solicitar o internamento involuntário, seja o familiar ou, o responsável legal.

¹⁵ASENSI. Felipe Dutra. Curso prático de argumentação jurídica. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2010, p. 16.

Mas como vimos acima, há ocasiões em que o paciente está tão socialmente fragilizado, que não conta com nenhum familiar ou, qualquer responsável legal formalizado, é o caso do adolescente dependente de drogas, albergado em uma instituição social, sem família em local conhecido, ou ainda, o andarilho encontrado drogado pela enésima vez, caído pelas ruas da cidade, sem documentos, memória e familiares em local sabido. Em ambos os casos, havendo necessidade de tratamento em hospital psiquiátrico, seria um despropósito exigir que a prestação deste serviço essencial, tivesse que esperar pela regularização da guarda, para o adolescente ou, da interdição com nomeação de curador, para o andarilho, como condição para o tratamento psiquiátrico. A solução deste problema advém da aplicação da Teoria do *Parens Patriae*¹⁷ por meio da qual: “[...]o estado é obrigado a atuar com características paternas em relação aqueles indivíduos que não são capazes de cuidar de si mesmos. [...] o estado tem o dever de proteger as pessoas que podem se colocar em risco.”

Assim, com base nesta posição, o Promotor de Justiça pode enfrentar com sucesso as situações acima referidas, chamando os agentes públicos que assistem ao paciente, orientando-os a assumirem a condição de “terceiros” nos moldes do art. 6º. II da Lei 10.216/01 e assim, em sendo o caso, exercendo os cuidados sociais e sanitários, sobre aquele específico indivíduo, passando o Conselheiro Tutelar na hipótese do adolescente ou, o Assistente Social, no caso do andarilho, a estar capacitado para autorizar/solicitar a medida de internação involuntária.

(vi) Negativa de hospital psiquiátrico em aceitar paciente que não quer a internação: alguns hospitais se negam a receber internações involuntárias (especialmente quando se trata de dependência de crack). Justificam essa recalcitrância, citando o art. 24 do Código de Ética Médica, que veda a imposição de tratamento de saúde, devendo ser assegurado ao paciente, o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar. Este argumento vem ainda, reforçado por diversas leis estaduais, como a Lei Estadual -PR nº 14254, que em seu art. 2º, inc. XII, afirma ser direito do enfermo “*consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos de forma livre, voluntária e esclarecida.*” Veja-se, no entanto, que não podemos aceitar tal postura, porque em se tratando de internamento psiquiátrico involuntário, desde que cumpridos seus requisitos, prevalece a Lei 10.216/01, contra o Código de Ética Médica, porque este é mero regulamento, tratando-se de Resolução do CFM (Res. 1931/09), não prevalecendo sobre a lei. Por outro lado, contra a Lei Estadual, havemos de sustentar que, nos termos dos §§ 1º. e 2º. do art. 24 da CF/88, a competência legislativa em matéria sanitária dos estados, é suplementar à da União, o que significa que não podem contrariar a lei federal, nem diminuir a eficácia desta, de sorte que o art. 2º, inc. XII, da Lei Estadual citada como exemplo, deverá ser lido da seguinte forma: “*fica assegurado ao paciente consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos de forma livre, voluntária e esclarecida, exceto quando se tratar de internação psiquiátrica involuntária.*”

¹⁶ROTUNNO. Angela Salto. Artigo publicado em **Direito Sanitário**. Rio de Janeiro: Campos Jurídicos editora, 2012, p. 522

¹⁷HUSS. Matthew. **Psicologia forense, pesquisa, prática clínica e aplicações**. Porto Alegre: Artmed editora, 2011, p. 222

(vii) **Execução de práticas de processos terapêuticos invasivos:** como é sabido, toda internação involuntária (e posterior alta) deve ser comunicada ao Ministério Público, mas não os métodos empregados durante o tratamento por exemplo, psicoterapia de grupo ou individual, sessões de terapia laboral ou não e etc... pois estes se presumem autorizados com a solicitação/autorização para a internação. Mas não podemos esquecer que, em um passado recente, foram utilizados métodos extremamente invasivos e agressivos, muitos dos quais, não mais utilizados nos dias de hoje, como é o caso da lobotomia,¹⁸ outros utilizados de forma moderada, como a contensão física, a exemplo das camas com grades e correias, hodiernamente substituídas por faixas usadas para contensão; e finalmente, outras técnicas mantidas até hoje, como a eletroconvulsoterapia (ECT), conhecido como eletrochoque, que ainda consta do conjunto de procedimentos médicos aceitos pelo Conselho Federal de Medicina.¹⁹ Embora este, e outros procedimentos, sejam admissíveis, o risco à saúde não pode ser descartado, portanto, em nenhuma hipótese podem ser executados sem a anuência expressa do paciente ou, de seu representante legal caso seja incapaz, não se aplicando aqui, o *parens patriae*²⁰ pois o art 15 do Código Civil Brasileiro veda a submissão de tratamentos que gerem risco à vida e saúde do enfermo, contra a sua vontade, o mesmo sendo dito pela Resolução nº 1995/12 do Conselho Federal de Medicina, que dispõe sobre as *diretivas antecipadas de vontade dos pacientes*, reconhecendo a este, liberdade de escolha em não se submeter a tratamentos invasivos ou dolorosos em casos clínicos e, finalmente, o Enunciado nº 533, do Conselho da Justiça Federal (CJF), garante ao paciente “*deliberar sobre todos os aspectos concernentes a tratamento médico que possa lhe causar risco de vida, seja imediato ou mediato, salvo as situações de emergência ou no curso de procedimentos médicos cirúrgicos que não possam ser interrompidos*”.

CONCLUSÃO

O preconceito, a ausência de processos terapêuticos eficazes, a falta de serviços em rede e, a escassez de leitos, constituem algumas das causas do aumento pela procura de leitos para internações psiquiátricas e, em especial, da propositura de internações compulsórias, estas, na maior parte das vezes, indevidas.

As vias ordinárias de acesso do padecente de transtorno mental, a leito de hospital psiquiátrico, consistem nas internações voluntária e involuntária, ambas preconizadas pela Lei 10.216/01, já a internação compulsória, ainda que igualmente prevista na Política Nacional de Saúde Mental, é medida excepcional só admissível para casos que haja lei expressa especificando tal medida, sendo que identificamos aqui, smj, as hipóteses mais utilizadas de internação compulsória, tais como a Medida de Segurança, prevista no CP, CPP e LEP, a Medida Sócio Educativa e, a Medida de Proteção com previsão no ECA e, a Medida de Proteção de Idoso, com previsão no Estatuto do Idoso.

¹⁸HOLLINGHAM. Richard. **Sangue e entranhas**. São Paulo: editor Geração, 2011. p. 301

¹⁹COSTA. Augusto Cesar de faria. **Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica**. publicado no Vol. I de Coletânea de Textos de Direito Sanitário e Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 159.

²⁰ANTUNES. Eleonora Haddad. Lúcia Helena Siqueira Barbosa e Lygia Maria de França Pereira. **Psiquiatria, loucura e arte**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002, p. 47

Ocorre que, diante das dificuldades em acessar leitos hospitalares, o Ministério Público tem sido procurado por familiares de pacientes, serviços públicos, ONGs e outros, sempre com solicitações de ingresso de ações em juízo, pretendendo internações compulsórias.

É um grave erro propor tais ações sem antes fazer profunda reflexão, porque o Poder Judiciário não pode substituir os gestores de saúde, já que existe uma plêiade de técnicas, mecanismos e serviços administrativos capazes de resolverem a maioria esmagadora dos casos por meio das internações voluntárias e involuntárias, além disso, porque a internação compulsória tem aplicação extremamente restrita.

Para auxiliar na reflexão proposta, diferenciamos as formas de internações e, na sequência enumeramos as situações mais comuns, que levam a população aos nossos gabinetes na procura de tutela judicial e, sugerimos algumas condutas práticas a serem adotadas na esfera extrajudicial ou, judicial, porém, com ressalvas.

Assim, identificamos que em muitos casos, o Ministério Público é procurado porque o paciente não aceita comparecer à consulta médica e, o serviço público de saúde não oferta, como deveria, a possibilidade da equipe de saúde ir até o enfermo. O mesmo ocorre quando o paciente resiste em ir até o hospital de tratamento psiquiátrico para ser internado, não sendo necessária ordem judicial para isso, senão uma Equipe Saúde da Família auxiliada, em casos extremos, pelo Corpo de Bombeiros e/ou da Polícia Militar.

Fizemos especial referência à omissão do gestor de saúde, em disponibilizar leito hospitalar de psiquiatria, porque esta é a principal causa de demandas judiciais, de sorte que destacamos que há meios administrativos para resolver isso e, em última hipótese, admitimos processos judiciais, porém, ressalvando não se tratar de internação compulsória e sim, ação ordinária por obrigação de fazer, movida contra o gestor de saúde omissor.

Na sequência tratamos sobre algumas situações que de forma corrente, chegam nas promotorias, tais como, Laudos Médicos nulos ou inválidos; quem pode pedir o internamento involuntário, em especial na falta de familiares; como agir em face de negativa de hospital psiquiátrico em aceitar paciente que não quer a internação e, finalmente como portar-se, o Promotor de Justiça, diante da execução de práticas de processos terapêuticos invasivos nas internações involuntárias.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a serpente, outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ANTUNES. Eleonora Haddad. Lúcia Helena Siqueira Barbosa e Lygia Maria de França Pereira. **Psiquiatria, loucura e arte**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

ASENSI. Felipe Dutra. **Curso prático de argumentação jurídica**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2010.

COSTA. Augusto Cesar de Faria. **Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica**. publicado no Vol. I de Coletânea de Textos de Direito Sanitário e Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DESVIAT, Manuel. **Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FOULCOULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979.

GIORGI. Raffaele de. **Direito, democracia e risco, vínculos com o futuro.** Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris editora, 1998.

HUSS. Matthew. **Psicologia forense, pesquisa, prática clínica e aplicações.** Porto Alegre: Artmed editora, 2011.

HOLLINGHAM. Richard. **Sangue e entranhas.** São Paulo: editor Geração, 2011.

ROTUNNO. Angela Salto. Artigo publicado em **Direito Sanitário.** Rio de Janeiro: Campos Jurídicos editora, 2012.

SARLET. Ingo Wolfgang. **Dimensões da dignidade.** 2a. ed. Porto Alegre: Editora Livraria do Advogado, 2009.

SAÚDE. Ministério da. **Dados 10.** Ano VII, nº 10, Brasília 2012. Vide <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>

SAÚDE. Secretaria Estadual de. **Plano estadual de saúde do paraná 2012/2015.** Curitiba: Editora oficial, 2013.

<http://blogs.estadao.com.br/sinapses/crimes-e-insanidade-mental/>

<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2012/01/mp-instaura-inquerito-civil-para-apurar-operacao-na-cracolandia.html>