

O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO E DIREITOS HUMANOS: UMA ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DE CONTROLE DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

PSYCHIATRIC TREATMENT AND HUMAN RIGHTS: AN ANALYSIS OF CONTROL INSTRUMENTS OF INVOLUNTARY DETENTION

Vanessa Correia Mendes*
Joyceane Bezerra de Menezes**

Resumo: As primeiras instituições de internação na Europa não tinham função terapêutica. Pessoas com transtornos mentais eram isoladas do convívio social e familiar, privadas até dos direitos civis. Pinel (1809) apresentou um modelo terapêutico asilar, sem a consideração aos direitos dos pacientes. Posteriormente, na Itália, Basaglia (1985) propôs um modelo extra-hospitalar de atenção psiquiátrica, caracterizado pela disposição inclusiva de manter o sujeito em contato com a família e com a comunidade. Em 1990, a Declaração de Caracas consolidou a proposta extra-hospitalar de atenção em psiquiatria, elencando os direitos humanos do paciente. Outros documentos internacionais se sucederam, reafirmando-a. No Brasil, essa reforma se consolidou com a Lei n. 10.216/2001 e enfoca um tratamento pautado na vida comunitária e familiar que intenta assegurar os direitos da pessoa acometida de transtorno mental.

Apesar do delineamento antiasilar preconizado, a citada lei prevê, em caráter excepcional, as internações psiquiátricas involuntárias. Considerando esse instituto, analisa-se a defesa dos direitos desses pacientes, em especial o direito de autodeterminação, por meio de instrumentos de controle capitaneados pelo Ministério Público Estadual e pelas Comissões Revisoras de Internações Psiquiátricas Involuntárias. O trabalho apresentado analisa as funções desses órgãos no Estado do Ceará, mais especificamente nas internações involuntárias ocorridas durante o ano de 2008, demonstrando ao final o resultado obtido por intermédio de gráficos.

Palavras-chave: Direitos humanos. Saúde mental. Internações psiquiátricas involuntárias. Instrumentos de controle.

* Advogada; Bolsista Funcap no projeto de pesquisa intitulado "Os instrumentos de controle da internação psiquiátrica involuntária: Ministério Público e Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica Involuntária"; realiza estudos na área da constitucionalização das relações privadas; assistente técnica da Pensar-Revista de Ciências Jurídicas vinculada à Universidade de Fortaleza; vanessac.mendes@hotmail.com

** Doutora em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco; Professora da Universidade Federal do Ceará da Universidade de Fortaleza, atuando no Programa de Pós-graduação Stricto Sensu (Mestrado e Doutorado); tem experiência na Área de Direito privado, com ênfase em Direito de personalidade, família e responsabilidade civil; Editora da Pensar, Revista de Ciência Jurídica na Universidade de Fortaleza; joyceane@unifor.br

Abstract: The first hospital institutions in Europe had no therapeutic function. People with mental illness were isolated from society and family, deprived even of civil rights. Pinel filed an asylum therapeutic model without considering patients' rights. Italy subsequently consolidated a model-hospital care inclusive. The Declaration of Caracas, in 1990, consolidated this reform proposal, listing the patient's human rights. Other international documents ensued, reaffirming it. In Brazil, the reform was consolidated with the Law 10.216/2001. Guided treatment focuses on family and community life that tries to ensure the rights of the person with a mental illness. Despite the brazilian law proposed the dismantling of psychi-

atric hospitals, provides, in exceptional cases, the involuntary psychiatric hospitalizations. In view of this institute, analyzes the rights of patients, especially the right to self-determination through control instruments led by the State Prosecutor and expert review by Committees of Involuntary Psychiatric Hospitalization. The work presented analyzes the functions of these organs in the State of Ceará, specifically in involuntary admissions during the year 2008, showing the result achieved through the charts.

Keywords: Human rights. Mental health. Involuntary Psychiatric hospitalizations. Instruments of control.

Introdução

Durante séculos, os indivíduos acometidos de transtornos mentais foram marginalizados e vistos com reservas pela sociedade em geral. Tratados como bandidos endemoninhados ou abandonados pelas famílias, estes indivíduos eram submetidos a tratamentos desumanos e cruéis. O lócus do abandono eram os manicômios que funcionavam como verdadeiros depósitos humanos. Como menciona Pessotti (1996, p. 152), os primeiros asilos manicomialis possuíam uma estrutura bem precária, oferecendo apenas abrigo e refeição para os seus internos. Coube a Pinel (1809) a principal contraposição aos asilos, oferecendo a possibilidade de um tratamento médico em um ambiente adequado e favorável a essa recuperação da saúde e da identidade, por vezes, perdida.

As ideias de reforma no setor psiquiátrico e do fim dos asilos manicomialis foram se aprimorando e se propagando no decorrer dos anos. A Itália foi um dos países precursores desses conceitos, que acabaram chegando ao Brasil por volta da década de 1970.

Pacheco (2009) analisa a Reforma Psiquiátrica brasileira, procurando identificar, inclusive, o arcabouço ideológico que orientou o movimento social que culminou, em 2001, com a Lei n. 10.216, aprovada pelo Congresso Nacional. Trata-se da consolidação dos trabalhos de variados segmentos da sociedade na luta por um tratamento mais humanizado na Área da Saúde Mental.

É certo que a humanização dessa intervenção caminhou em compasso comum com o processo de democratização da América Latina e teve correspondência com o núcleo principiológico das recentes Constituições latino-americanas. No Brasil, a Constituição da República de 1988 é pródiga na defesa da dignidade da pessoa e dos seus direitos fundamentais, compatível ao movimento antimanicomial assentado nas declarações internacionais pertinentes aos Direitos Humanos do portador de transtorno mental.

Os documentos internacionais e nacionais a respeito da saúde mental foram instrumentos de extrema importância para a consolidação de políticas públicas tendentes à aplicabilidade prática do novo modelo de atenção em saúde mental. O cerne destes

documentos orientou um modelo assistencial de tratamento firmado no respeito à dignidade do paciente e voltado para promover a sua (re)inserção social e familiar.

Respeitando-se tratados internacionais que versavam sobre os assuntos, a Lei n. 10.216/01 foi editada com a finalidade de concretizar o modelo antimanicomial no Brasil. Anunciando um modelo basilar antimanicomial, essa Lei prescreve a internação psiquiátrica como último recurso, cabível apenas quando já houverem se exaurido todos os meios extra-hospitalares e estes não tiverem logrado êxito.

Assim, a legislação prevê três tipos de internação, quais sejam: a voluntária, a involuntária e a compulsória. Nesse sentido, destacam-se as peculiaridades que caracterizam as internações involuntárias, salientando os requisitos que devem ser atendidos quando ocorrer esta internação e, especialmente, quais os seus respectivos mecanismos de controle, a fim de garantir os direitos do paciente.

Dessa forma, o presente artigo analisa a evolução do tratamento psiquiátrico, considerando a ascensão dos direitos humanos em matéria de saúde mental, que também se prestaram ao fortalecimento dos direitos civis dos pacientes. A consolidação dos direitos humanos relativamente à matéria representou importante impulso à implementação prática dos ideais reformistas. A pessoa é valorada, independentemente do sofrimento psíquico e a atenção em saúde visa otimizar a qualidade da sua vida individual e coletiva.

Nessa nova abordagem, os Estados passaram a sofrer pressões internacionais e sociais para a adoção de políticas públicas específicas e adequadas. Embasando o estudo em um sentido mais estrito, será analisada a atuação dos órgãos fiscalizadores e responsáveis por garantir direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais, quais sejam o Ministério Público Estadual e as Comissões Revisoras de Internações Psiquiátricas Involuntárias (CRIPs). O estudo tem como amostragem analítica as internações involuntárias ocorridas no município de Fortaleza durante o ano de 2008, apresentando os resultados do Projeto de Pesquisa de mesmo título, financiado pelas agências Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Todo o acervo documental analisado foi disponibilizado pela Procuradoria de Saúde do Estado do Ceará.

1 Reforma psiquiátrica: o paciente como sujeito de direitos

A evolução semântica do vocábulo loucura está permeada de impressões místicas dos homens ditos “sãos” e sua resignificação tem sido árdua tarefa. Por séculos a loucura esteve correlacionada ao incógnito e à marginalidade, sendo compreendida como um problema social indissolúvel. Firmou-se no imaginário popular a falsa impressão de que os sujeitos acometidos de transtornos mentais vivem aquém da realidade cotidiana e que, portanto, não são destinatários dos mesmos direitos e atenção designados aos demais cidadãos ditos “normais”.

Pautada nas diretrizes dos Direitos Humanos, a sociedade atual exigiu uma nova postura em face desses indivíduos. O paciente acometido de transtorno mental passou a ser reconhecido como um sujeito de direitos pelos tratados internacionais, pela

legislação dos diversos Estados, exigindo-se um tratamento mais humanizado e fundamentado nos ideais de dignidade e de liberdade. Todavia, isso não se concretizou de forma pacífica e unificada, pois um longo processo de luta e violações à integridade, à vida e à liberdade desses pacientes antecedeu às recentes Reformas Psiquiátricas.

1.1 O tratamento antes da Reforma Psiquiátrica

Em termos gerais, as discussões que consolidaram o ideal da Reforma Psiquiátrica representaram uma significativa mudança de parâmetros, pois, pela primeira vez, o elemento nuclear seria o bem-estar da pessoa do paciente e não a solução do problema social que os loucos geravam.

Nos séculos XV e XVI surgiram os manicômios para abrigar os loucos excluídos pela família e pela comunidade. Eram inicialmente abrigos mantidos por ordens religiosas, descomprometidas com qualquer orientação médico-científica. Consistiam somente em um amparo filantrópico que substituía o absoluto abandono. Essas instituições não abrigavam apenas os sujeitos acometidos de transtornos mentais, em certas situações também acolhiam outras pessoas abandonadas pela família, que perambulavam nas ruas. Todos, porém, eram mantidos juntos, e aqueles acometidos mais graves também não recebiam tratamento médico adequado.

Visava à proteção e à guarda, conforme Amarante (1995, p. 65) “Os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça a lei e a ordem social.”

A proposta de tratamento terapêutico associado a um tratamento moral no ambiente dos hospitais psiquiátricos surgiu com Pinel (1809), no final do século XVIII. A influência das suas ideias é percebida com a retirada das correntes que aviltavam os alienados do Hospital Psiquiátrico Bicêtre em Paris e o tratamento categórico dos pacientes, os quais agora seriam diagnosticados antes de serem submetidos ao tratamento psiquiátrico (PESSOTTI, 1996, p. 96).

Pinel (1809) propunha a observação dos sujeitos de forma categórica, para o oferecimento de um tratamento médico específico dentro das instituições. Acreditava que um ambiente amplo, limpo e em contato direto com a natureza era essencial para a recuperação das pessoas que se encontravam internadas nesses asilos. Segundo ele, as doenças mentais surgiam de acidentes físicos, causas hereditárias ou até mesmo tensões sociais, que deviam ser combatidas por meio de um tratamento humanitário, estabelecendo a doença como um problema moral (PACHECO, 2009, p. 73).

Na análise de Amarante (1995, p. 24), “O internamento na Idade Clássica é baseado em uma prática de “proteção” e guarda, como um jardim de espécies; diferentemente do século XVIII, marcado pela convergência entre percepção, dedução e conhecimento, ganhando o internamento características médicas e terapêuticas.”

A despeito das conclusões de Pinel informarem a loucura como uma doença, apontando-lhe as possibilidades técnicas para o tratamento, o mundo ainda continuou a

oprimir as pessoas acometidas de sofrimento psíquico, tantas vezes, com uma percepção mística. Em vista dos correntes abusos perpetrados nos ambientes hospitalocêntricos, pulverizaram-se as denúncias, pela atuação positiva de profissionais de saúde, familiares e amigos dos usuários. O conteúdo das denúncias variava de maus-tratos, falta de higiene e alimentação, isolamento e até óbitos. Como a temática dos direitos humanos avançara muito no século XX, o contexto de denúncias e indignação seria o estopim para uma Reforma Psiquiátrica.

Esta Reforma Psiquiátrica se constrói sobre uma ideia basilar: “[...] a construção de um novo espaço social para o louco, um espaço onde sua cidadania seja reconhecida com respeito e sua autonomia, enquanto sujeito, resgatada.” (PACHECO, 2009, p. 120).

A fundamentação teórica do movimento de reforma se credita ao italiano Basaglia (1985) que desenvolveu uma severa crítica ao modelo asilar de assistência psiquiátrica. Propunha o fim das medidas institucionais de repressão, favorecendo o resgate da dignidade do paciente que passaria a participar mais ativamente na condução do próprio tratamento. Enquanto diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, em 1961, Basaglia (1985) já adotara a experiência da comunidade terapêutica desenvolvida por Maxwell Jones, na Escócia. Compreendia a loucura como um fenômeno complexo, cujo enfrentamento não deveria ser exclusivo do saber psiquiátrico, razão pela qual defendia uma atenção multidisciplinar e anti-isolacionista.

Basaglia (1985) promoveu diversas medidas que intentavam a substituição do tratamento hospitalar e manicomial. Aplicou os serviços de atenção comunitária, a exemplo dos centro de convivência, entre outras, com o objetivo de promover as relações sociais entres os pacientes portadores de transtornos mentais e o seu desenvolvimento pessoal. Com a sua influência somada ao movimento social que congregava os estudantes, políticos, familiares de usuários etc., foi aprovada, na Itália, a “Lei Basaglia”, que, entre outras implicações, proibia a construção de novos manicômios e favorecia a restituição dos direitos das pessoas que possuem transtornos mentais e haviam sofrido grandes prejuízos em vista disso.

A Reforma Psiquiátrica na Itália, por sua vez, influenciou o Brasil, tendo ambas os mesmos objetivos, o fim dos manicômios e uma modernização da assistência psiquiátrica no trato com os pacientes portadores de transtornos mentais.

1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica brasileira coincide com o momento da redemocratização do país. Questionava-se, principalmente, a condição desumana que se impunha às pessoas acometidas de transtornos. O uso da psiquiatria como uma técnica de repressão se mostrou um perigoso instrumento para a aniquilação da autonomia das pessoas. No âmbito da assistência manicomial, esqueciam-se pessoas por anos e anos, roubando-lhes

quaisquer possibilidades de desenvolvimento. No regime ditatorial, até mesmo pessoas sãs eram trancafiadas como loucas no manicômio.¹

Na década de 1970, a mobilização dos profissionais de saúde mental passou a ser identificada como o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Vi-savam a uma reengenharia no modelo de atenção psiquiátrica, a partir do respeito aos direitos do paciente e da busca por sua reinserção social.

Este Movimento foi responsável por diversas denúncias de maus-tratos, violência e desrespeito contra pessoas no ambiente dos hospitais psiquiátricos. Além disso, organi-zaram debates, palestras e congressos, de modo a intensificar a reflexão social e institucio-nal sobre a atenção em saúde mental, tomando por referência as ideias de Basaglia (1985).

Nesse mesmo período, emergiam os documentos internacionais que focavam a proteção dos direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais. De forma mais es-pecífica e pontual, pode-se citar a Convenção Americana de 1969 (Pacto San José da Costa Rica) e a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura como instrumentos essenciais na luta pelos direitos das pessoas amentais, uma vez que objetivam combater a tortura e a violação aos direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais.

A Declaração de Caracas teve papel importantíssimo e corresponde ao marco latino-americano em Direitos Humanos para a reforma psiquiátrica. Orienta a reestrutu-ração na assistência psiquiátrica, mediante o respeito à dignidade, os direitos humanos e civis do paciente, fomentando-se a adoção de medidas alternativas para o tratamento.

Com a concretização dos direitos humanos e a ratificação dos documentos in-ternacionais de saúde mental, o Estado brasileiro completou o esquema de tutela já sina-lizado pelos princípios constitucionais, especialmente a dignidade da pessoa humana, extrato valorativo dos direitos fundamentais, princípio, garantia e estruturante.

No sentido de pôr em prática os conclames sociais, os preceitos dos documentos internacionais, de se adequar aos objetivos delimitados pela Constituição da República de 1988 e de se adaptar aos novos moldes da atenção ao paciente com deficiência mental, o Estado Brasileiro promulgou, em 06 de abril de 2001, a Lei n. 10.216/01, que dispõe sobre os direitos desses indivíduos, redirecionando o modelo de assistência à saúde mental.²

Podem-se citar como diretrizes prioritárias desta Lei e da atual coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde: a redução de leitos em hospitais de cunho psi-quiátrico; a geração de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; a incorporação da saúde mental nas políticas de atenção básica à saúde; a criação de políticas públicas que visem ao tratamento de álcool e demais drogas, além da incorporação destas políticas na es-fera da saúde mental; programas assistencialistas e indenizatórios, como o atualmente vigente Programa De Volta Pra Casa; e a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial

¹ Pacheco (2009, p. 149) registra que: “Um número considerável de políticos, jornalistas, artistas e outros atores sociais, considerados indesejáveis ao regime militar, haviam sido presos nos hospitais psiquiátricos, por serem estas instituições, até então, impermeáveis ao contato com a sociedade.”

² O projeto de lei que lhe originou, inscrito sob o número 3.657, foi de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado. Em-bora tenha sido encaminhada ao Congresso Nacional em 1989, sua promulgação somente se efetivou em meados de 2001.

(Caps) e dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) (PACHECO, 2009, p. 170). A seguir, destacam-se algumas destas políticas públicas a fim de esclarecer sua finalidade e funcionamento.

Apesar de todos os benefícios trazidos pela Reforma Psiquiátrica, muitos são os que se opuseram à sua implantação. Talvez isso se deva à distorção dos ideais preconizados pela Reforma. As críticas afirmam que as desinstalações das instituições psiquiátricas são atos de pura irresponsabilidade dos governos e que, se as políticas públicas vierem a se concretizar verdadeiramente, todos os enfermos ficarão à deriva, ameaçando a população e a ordem social (PACHECO, 2009, p. 169).

Talvez muitos desconheçam o estado em que se encontravam os asilos psiquiátricos. Do mesmo modo, desconheçam o fato de que estas instituições estão ultrapassadas há décadas por nunca terem apresentado sucesso nos tratamentos que propunham.³ Em outra medida, a dramática redução dos leitos hospitalares para a psiquiatria deixa desassistida aquela população que realmente necessita da internação para tratamento de surtos.

Importa assinalar, no entanto, que a proposta de Reforma não deve implicar a desassistência, mas rechaçar a conduta praticada nos asilos e manicômios, espaços que serviam como depósito das pessoas excluídas por causa da loucura. Importa agora garantir um tratamento profissional adequado às pessoas com sofrimento psíquico, respeitando-lhes seus direitos, em especial, a dignidade, a igualdade, a liberdade, a integridade e a saúde.

2 Do direito à saúde à autodeterminação do sujeito: uma visão jurídica das peculiaridades da Reforma Psiquiátrica brasileira

O respeito aos direitos do paciente portador de transtorno mental na concretização de um tratamento inclusivo é um dos pilares teóricos da Reforma Psiquiátrica brasileira. A internação e o conseqüente isolamento do paciente, que antes eram regras no trato psiquiátrico, passaram a ser exceções. A fim de entender como as diretrizes da Reforma Psiquiátrica estão sendo traduzidas para a realidade brasileira, cumpre ressaltar as peculiaridades do Direito à Saúde sob o foco dos direitos da personalidade da pessoa portadora de transtornos mentais, conforme delimitado a seguir.

³ Ugolotti (1949, p. 12 apud PESSOTTI, 1996, p. 158) descreve o estado de algumas instituições asilares: "Os quartos onde aqueles desgraçados estavam condenados a passar sua existência eram estreitos, sem ar e sem luz, com pavimentos úmidos e sujos; uma pedra pesada costumava fazer parte do mobiliário e nela, muitas vezes, era fixada a corrente que devia contê-los; o leito era o próprio pavimento ou um tablado preso à parede, e sobre o qual, de quando em quando jogava-se um pouco de palha, que logo ficava suja e fétida; as comidas, escassas e mal preparadas, eram distribuídas através de pequenas janelas, ou entre as barras de madeira da gaiola em que às vezes estavam o louco, enjaulado como uma fera; a água para beber ficava numa espécie de concha cavada numa pedra. As pessoas destinadas ao serviço de assistência não eram mais do que carcereiros, que se serviam de nervo de boi ou de um bastão, para domar os doentes mais inquietos, e de cadeias de ferro, fixadas à parede, para mantê-los ligados pelos pulsos e tornozelos [...]”E ainda o relatório para a Secretaria Municipal de Saúde, sobre um pavilhão da clínica Humaitá descrito como *inferno de Dante* “[...] No pavilhão em que ficam os pacientes mais agressivos, a porta estava trancada. Os pacientes estavam em suas camas, paralisados e mudos. *Eles estão dopados. O cheiro de fezes aqui é insuportável [...]* Na frente de enfermeiros ou médicos, os pacientes repetiam que a clínica era boa. Quando os funcionários se afastavam, *mudavam. Quando estamos doentes, eles prendem acorrentam, amarram, dão choque [...]* (UGOLOTTI, 1949, p. 12 apud PESSOTTI, 1996, p. 158, grifo do autor).

2.1 O direito à saúde e ao medicamento em razão do portador de transtorno mental

A saúde está prevista na Constituição Federal como um direito social, um direito que pertence a todos e cabe ao Estado promovê-la. Porém, no âmbito da saúde mental nem sempre foi assim. Pode-se observar que o tratamento dado antes da consolidação dos direitos humanos e da Reforma Psiquiátrica era um tratamento violento que isolava o doente mental do convívio com a sociedade e com a família. A Reforma Psiquiátrica propõe a reestruturação do sistema de atenção em saúde mental, oferecendo um tratamento sem preconceitos, maus-tratos, pautado no respeito à igualdade e à dignidade da pessoa. Exige o reconhecimento do paciente psiquiátrico como um sujeito de direitos, dotado de dignidade e de personalidade. Por sua vulnerabilidade, é também destinatário de especial proteção do Estado, da sociedade e da família.

Como o direito à saúde⁴ constitui um direito indispensável à autodeterminação do sujeito, imbricado à manutenção de sua vida e coligado ao princípio da dignidade da pessoa humana, pode ser considerado um direito fundamental individual. Portanto, a pessoa em sofrimento psíquico tem direito subjetivo público ao tratamento adequado.

A própria Lei n. 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes no Brasil, enuncia a saúde como um direito fundamental do ser humano (art. 2º). Em face da importância da saúde para a vida biológica e social do indivíduo, há quem inclua esse bem no rol dos direitos de personalidade, em classificação específica denominada *direitos de personalidade sociais* (SZANIAWSKI, 1993, p. 51). Embora não seja uníssona a aceitação desta classificação, não se olvida afirmar que certos direitos sociais são indispensáveis ao desenvolvimento da pessoa.

A saúde a que se refere a Constituição Federal de 1988 corresponde àquela definida pela Organização Mundial de Saúde como “[...] um estado completo de bem-estar físico, mental e social, o qual envolve a participação, a prevenção e a execução da medicina individual e social.” Vê-se pois, que a saúde, a vida e a dignidade da pessoa humana são conceitos de tal modo intrincados que uma vida sem saúde, em pouco ou nada, é capaz de alcançar àquela *dignidade*.

A dignidade da pessoa humana corresponde a um *princípio constitucional conformador* (CANOTILHO, 1993, p. 178) da ordem constitucional brasileira, constituindo fun-

⁴ Em linhas gerais, a Constituição (art. 196) define a saúde como um direito social. Na leitura do dispositivo citado, “[...] a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Assim, como direito social, a atenção à saúde se efetiva por meio de políticas públicas destinadas ao adequado planejamento da ação estatal para garantir a todos o fim específico, qual seja a promoção, proteção e recuperação da saúde. Porém, observados os enunciados decorrentes dos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, o direito à saúde também pode consistir em um direito individual, derivativo do direito à vida e instrumental à realização da dignidade da pessoa humana.

damento do Estado (art. 1º, III, CF/88) e substrato teleológico dos direitos fundamentais (LUÑO, 1995, p. 318), entre os quais o direito à vida, à saúde e à liberdade.

Na sua efetivação, o princípio da dignidade da pessoa humana requer não apenas o impedimento às ofensas e/ou humilhações, mas também um direito ao pleno desenvolvimento da personalidade que pode demandar prestações positivas dos Estados e dos particulares:

[...] constituye no sólo la garantía negativa de que la persona no va a ser objeto de ofensas o humillaciones, sino que entraña también la afirmación positiva de pleno desarrollo de la personalidad de cada individuo. El desarrollo de la personalidad supone, a su vez, de un lado, el reconocimiento de la total autodisponibilidad, sin interferencias o impedimentos externos, de las posibilidades de actuación propias de cada hombre; de otro, la autodeterminación (Selbstbestimmung des Menschen) que surge de la libre proyección histórica de la razón humana, antes que de una predeterminación dada por la naturaleza.” (LUÑO, 1995, p. 318).

Atenta a esses conceitos, a Reforma Psiquiátrica brasileira busca, por meio de princípios e ações concretas, o reconhecimento da dignidade do paciente acometido de transtorno mental e/ou de dependência de substância. Estabelece um rol de direitos específicos, entre os quais o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, pautado no respeito e motivado para o exclusivo benefício de sua saúde de forma a promover sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, rechaçando o encarceramento em manicômios.

Passou-se a focar em uma espécie de tratamento em que a base é o indivíduo e sua condição peculiar é procurar inseri-lo na comunidade, na família e no trabalho. Um dos objetivos principais focado por essa lei é a reinserção social, proporcionar meios e caminhos para que o paciente acometido de transtornos mentais reintegre a sociedade e possa ter uma vida comum como a de qualquer pessoa que não sofre desse transtorno.

2.2 O direito à autodeterminação do paciente frente às internações psiquiátricas involuntárias

Apesar do direito à saúde do portador de transtorno mental visar, de forma prioritária, sua (re)inserção no meio comunitário, atendendo, assim, às exigências da Lei n. 10.216, a possibilidade de internação do paciente não foi eliminada.

A lei citada diz, no art. 4º, que é possível a internação do indivíduo, ainda que de modo residual, quando os recursos extra-hospitalares não forem adequados à necessidade do paciente.

Na previsão legal, a internação psiquiátrica se apresenta em três modalidades: a internação psiquiátrica voluntária (IPV), quando há a concordância do paciente; a internação psiquiátrica involuntária (IPI), quando se efetiva sem o consentimento do usuário e ocorre a pedido de terceiro; e a internação psiquiátrica compulsória (IPC), deflagrada por determinação da Justiça, conforme o art. 6º da Lei n. 10.216/01. Para os fins deste artigo, serão analisadas apenas as internações psiquiátricas involuntárias.

A IPI, conforme citado anteriormente, ocorre quando o paciente acometido de transtorno mental discorda de sua internação em um hospital psiquiátrico. Ao contrário das antigas internações psiquiátricas involuntárias que se estabeleciam sem limite legal ou jurídico, a atual proposta de IPI está sujeita à obediência de diversos pressupostos e condições para que os direitos do paciente sejam tutelados. Somente pode ser determinada mediante laudo médico informativo da condição de saúde do sujeito que, necessitando do tratamento por internação, está sem juízo crítico para decidir por si (art. 6º da Lei n. 10.216/01). Ademais, deve-se atender a uma série de exigências, entre as quais, ressalta-se: a busca pela reinserção desses sujeitos ao seio social e o oferecimento de assistência integral ao paciente, como serviços médicos, de assistência social, psicólogos, ocupacionais, de lazer e outros (4º, §§ 1º e 2º da Lei n. 10.216/01). Tais requisitos alvorecem o cunho humanitário presente nas novas diretrizes do trato psiquiátrico brasileiro.

A IPI também deve obedecer aos limites temporais estando, igualmente, sujeita ao controle e à revisão por parte do Ministério Público e das Comissões Revisoras de Internação Psiquiátrica, tanto das internações quanto das altas dessas pessoas.

Um dos principais direitos afetados pelo isolamento sem a anuência do sujeito é o da autodeterminação. No internamento involuntário do sujeito, ainda que em singular situação, surgem algumas questões, especialmente quanto à capacidade de decidir da pessoa em sofrimento psíquico, ao liame entre o juízo crítico e a ausência de volição, bem como aos interesses que podem justificar a desatenção à vontade do paciente e lhe determinar a internação forçada.

Nos dias atuais, os direitos de personalidade são cada vez mais ressaltados para a promoção à autodeterminação do sujeito. Há um conjunto de direitos fundamentais individuais, bem como de direitos civis que subsidiam esta autodeterminação. Até mesmo os direitos sociais podem ser compreendidos como instrumentais à autodeterminação da pessoa, entre os quais a saúde, a educação e a cultura (MENEZES, 2010, p. 54). A autodeterminação constitui, em síntese, o direito de liberdade do indivíduo, ou seja, o direito de definir seu projeto de vida, de se manifestar, de construir a sua personalidade e fazer suas escolhas sem interferências de terceiros ou do meio ao qual está inserido.

Corresponde tanto a um direito fundamental quanto a um direito da personalidade. Nas palavras de Diniz (2002, p. 118), corresponde aos:

[...] direitos subjetivos da pessoa de defender o que lhe é próprio, ou seja, sua integridade física (vida, alimentos, próprio corpo vivo ou morto, corpo alheio vivo ou morto, partes separadas do corpo vivo ou morto), a sua integridade intelectual, liberdade de pensamento (autoria científica, artística e literária); e a sua integridade moral (honra, recato, segredo profissional e doméstico, identidade pessoal, familiar e social).

O tratamento de cunho psiquiátrico que requer uma internação psiquiátrica, tem de observar uma série de particularidades para não ofender o direito à autonomia. Nesse

sentido, destaca-se a Declaração do Paciente,⁵ que afirma que apenas o paciente dotado do devido discernimento é capaz de consentir qualquer procedimento terapêutico.

3. Direito a autodeterminação.

a) O paciente tem o direito a autodeterminação e tomar livremente suas decisões. O médico informará o paciente das conseqüências de suas decisões; b) Um paciente adulto mentalmente capaz tem o direito de dar ou retirar consentimento a qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico. O paciente tem o direito à informação necessária e tomar suas próprias decisões. O paciente deve entender qual o propósito de qualquer teste ou tratamento, quais as implicações dos resultados e quais seriam as implicações do pedido de suspensão do tratamento; c) O paciente tem o direito de recusar participar em pesquisa ou em ensaio de medicamento.

Cumprido lembrar que o sujeito em sofrimento psíquico é antes uma pessoa, sujeito de direitos e deveres e que, nem sempre, é qualificado como um absolutamente incapaz de exercer qualquer direito inerente à vida civil (art. 3º do Código Civil). Cabe ao profissional avaliar a competência volitiva do paciente antes de deflagrar a IPI. Havendo capacidade cognitiva para decidir, não se justifica a IPI. De outra banda, caso o paciente não esteja no domínio do seu juízo crítico e a internação for a medida mais adequada aos seus interesses fundamentais e ao restabelecimento de sua saúde, esta pode ser determinada.

Decisão recente do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo sobre a conveniência de se implementar a medida de internação psiquiátrica compulsória nos autos de uma ação civil de interdição justificou a custódia do interditando em um hospital psiquiátrico sem que este tivesse acesso prévio a qualquer tratamento extra-hospitalar. Além disso, sem que ele houvesse perpetrado fato considerado criminoso. A decisão se ancorou no laudo médico que atestou o cidadão como um indivíduo antissocial⁶. Orientou-se a imediata internação sob o crivo do Judiciário por entender que quaisquer outras modalidades de tratamento seriam insuficientes e, assim, lastreariam a medida na presença do grave transtorno e na ameaça que o paciente, em liberdade, poderia gerar à sua própria integridade física e a de terceiros. A família interpôs *habeas corpus* perante o STJ

⁵ Adotada pela 34ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em Lisboa, Portugal, em setembro/outubro de 1981 e emendada pela 47ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em Bali, Indonésia, em setembro de 1995.

⁶ A decisão foi prolatada na vigência da Lei n. 10.216/2001 de orientação humanista e inclusiva, mesmo assim, o fundamento da decisão foi afastar o psicopata do convívio social em razão de sua periculosidade. Veja-se trecho da decisão: “Tendo isso em conta, da leitura do v. acórdão denegatório, constata-se que, ao contrário do que sustentado pela impetrante, foi produzido laudo médico psiquiátrico que sustentou a necessidade da medida de internação. Vejamos seus principais fundamentos: “[...] Anote-se que do termo de audiência, ouvindo-se o médico psiquiatra, ficou dito que ‘está confirmado o diagnóstico de personalidade anti-social. Este jovem necessita de contenção externa. Não tem condições de retornar ao convívio social. Há periculosidade manifesta. Ele necessita de tratamento em local especializado sob contenção. (fls. 122).” E, ainda, à folha 89, novamente, os Srs. Paulo Sérgio Calvo e Luiz Carlos Pileggi Forte, Médicos Psiquiatras informam, em laudo médico, acerca do ora paciente que: “[...] Demonstra ambivalência, agressividade latente e manifesta, pouca capacidade para tolerar contrariedades frustrações ou privações; não denota valorização às regras e normas sociais ou consideração às demais pessoas, priorizando a satisfação pessoal, mesmo em detrimento aos princípios básicos fundamentais, descaso (embora com conhecimento) aos valores éticos, morais, sociais ou de valorização da vida humana; incapacidade de sentir e demonstra culpa ou arrependimento, características compatíveis com personalidade anti-social, confirmado pelas avaliações anteriores e laudo do PCL-R, sendo indicada contenção corpórea, psicoterapia, laborterapia com atividade física (visando canalizar a energia agressiva para atividade útil) em período integral e tratamento psiquiátrico medicamentoso se houver sintomas neurovegetativos e/ou psico-emocionais e manifestação frequente de irritabilidade.”

contra o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e em favor do internado, mas este foi negado em razão da constatação de falhas processuais. Assim, a partir desta decisão, observa-se ainda que o enfrentamento da loucura tem como foco a paz social e não a pessoa do paciente.

Contrariamente, em outra decisão, o STJ esboça o necessário dever de cuidado e a principiologia humanista que retifica o foco da internação. A ementa já declara por inoportuna a internação forçada da pessoa maior e capaz, do mesmo modo que noticia o legítimo dever de cuidado que a família e o Estado devem ter com a pessoa portadora de transtorno, respeitando-se, desse modo, todos os seus direitos de personalidade (BRASIL, 2004).⁷

Conclui-se que os aspectos que regem a internação psiquiátrica involuntária são complexos, uma vez que acabam por privar o paciente de alguns direitos essenciais à sua formação, como o direito à autodeterminação, amplamente explanado anteriormente. Considerando essa situação, as legislações adjacentes, que versam sobre os aspectos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, prescrevem uma engrenagem de controle dessas internações. Dessa forma, é delegado ao Ministério Público Estadual e às Comissões Revisoras de Internações Psiquiátricas Involuntárias (CRIPs) o dever de fiscalizar todos os aspectos que caracterizam a internação psiquiátrica do paciente.

3 Os instrumentos de controle da internação psiquiátrica involuntária: Ministério Público e Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica Involuntária

Assim, considerando a preservação dos direitos do paciente e sua reinserção social, também motivado pela repulsa aos episódios da era manicomial, o legislador brasileiro prescreveu um duplo mecanismo de controle às IPIs. Atribuiu ao Ministério Público Estadual e às Comissões Revisoras de Internações Psiquiátricas Involuntárias (CRIPs) a tarefa de controlar a adequação daquelas medidas e, em sendo o caso, determinar a sua revisão.

Estes mecanismos de controle da internação psiquiátrica involuntária foram analisados por Menezes e Gesser (2010, p. 539 e 540). A Portaria GM n. 2.391, de 26 de

⁷ A decisão possui como pilar de fundamentação os direitos da personalidade, no sentido de afirmar que o projeto de vida de cada ser é singular e independente, devendo ser exercido e respeitado de forma plena, reservadas apenas algumas raras situações contidas em lei. Nesse sentido, infere destacar a passagem da decisão: “Nesse passo, é dever ilustrar que a capacidade, atributo intrínseco à personalidade, é elemento de distinção dos indivíduos na esfera jurídica e deve ser exercida em sua plenitude, tendo em vista a satisfação das necessidades de cada sujeito de direito. Os sentimentos, os anseios, as decepções, as desilusões, consubstanciados em elementos, tais como: a vontade, a auto-determinação, a auto-estima, a inteligência; assim como, o onirismo, o deslumbramento, a rebeldia – tudo isso são componentes da natureza humana, e fazem parte do caminho próprio de cada ser humano. Para o Direito, contudo, estes componentes constituem os denominados “direitos de personalidade”. Representam bens jurídicos de máxima relevância, reconhecidos pela própria Constituição da República, em seu art. 1º, em que “a dignidade da pessoa humana” figura como princípio fundamental da República Federativa do Brasil. Os direitos da personalidade, pois, fundados na dignidade da pessoa humana, são irrenunciáveis, intransmissíveis e ilimitáveis, inclusive por ato de seu próprio titular, de tal sorte que não podem ser restringidos pelo ordenamento jurídico, sem que haja motivo autorizador, de proporcionalidade e razoabilidade evidente.”

dezembro de 2002 (BRASIL, 2004, p. 166), estabelece o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPIs) e voluntárias (IPVs), regulamentando ao disposto na Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2002, e apresenta os procedimentos de notificação e comunicação das IPIs e IPVs ao Ministério Público pelos estabelecimentos. Estabelece, ainda, que o gestor estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, incumbido do acompanhamento destas internações, após o recebimento da comunicação pertinente. Mas, até hoje, nem todos os Estados brasileiros tem estas comissões estruturadas. Em acordo com a norma, esta Comissão deverá ser multiprofissional, sendo composta de, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral, com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da Área da Saúde Mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares. Poderão ser constituídas Comissões Revisoras das Internações Psiquiátricas Involuntárias em âmbito microrregional, municipal ou por regiões administrativas de municípios de grande porte. O Ministério Público poderá solicitar informações complementares ao médico responsável pelo laudo e/ou à direção do estabelecimento, assim como entrevistar o próprio internado, seus familiares ou a quem julgar conveniente. E, ainda, entendendo necessário, autorizar a outros especialistas examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito que venha a ratificar ou contrapor o laudo inicial.

Como uma forma de evitar que a medida venha a se converter em uma espécie de alijamento social perpétuo para o paciente, a Comissão Revisora efetuará, até o sétimo dia da IPI, a sua revisão, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de 24 horas.

Cumprido salientar que o Ministério Público possui dupla função nesse controle de internações psiquiátricas, uma como defensor dos direitos dos hipossuficientes, nos termos da Lei n. 10.216/01, e outra como componente da CRIPI, nos ditames da Portaria n. 2.391 do Ministério da Saúde. Apesar de as funções coincidirem, entende-se que os seus respectivos exercícios não se confundem, sendo totalmente independentes. O fato que justifica essa função dobrada do Parquet perante as internações involuntárias é o importante papel que esse órgão exerce como defensor da sociedade, além de dobrar a representatividade social como fiscal destas internações.

4 A Reforma Psiquiátrica no Estado do Ceará

Atendendo à demanda internacional de mudança no setor psiquiátrico, o Estado do Ceará foi um dos pioneiros na implantação dessas diretrizes no Brasil. A postura antimanicomial cearense se ilustra com a implantação do primeiro Caps em 1991, no município de Iguatu, seguida, em 1993, da implantação de mais dois, sendo um

em Canindé e outro em Quixadá; em 1995, mais um foi implantado no município de Icó e em outras localidades.

Ainda na década de 1990, as leis orgânicas municipais cuidaram de dispor sobre a atenção ao paciente psiquiátrico. Importante realçar a implementação de um projeto denominado “SOS Direitos do Paciente Psiquiátrico”, cuja meta seria receber e encaminhar denúncias de maus-tratos contra estes pacientes, fossem elas perpetradas pelos agentes públicos, por familiares ou terceiros (QUINDERÉ; JORGE, 2010, p. 571).

A Lei Estadual n. 12.151 de 1993, denominada Lei Mario Mamede, reportou expressamente pela extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando a internação psiquiátrica compulsória, internação esta denominada involuntária pelos mandamentos da Lei n. 10.216/01.

Esta Lei trouxe um rol de inovações fundamentais na construção do tratamento psiquiátrico extra-hospitalar, como a proibição de construção e ampliação de qualquer hospital psiquiátrico no Estado, além de vedar a contratação e o financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos; garantiu assistência integral do Estado aos pacientes asilares, ou seja, àqueles que perderam o contato total com familiares e sociedade; a instalação de medidas extra-hospitalares para atender às necessidades das pessoas com transtorno mental em meio comunitário e a comunicação das internações involuntárias ao Ministério Público Estadual e ao Comitê de Ética Médica. Ademais, prescrevia um prazo de cinco anos para que todos os hospitais psiquiátricos cearenses se adaptassem aos seus ditames legais.

Atualmente, o Estado do Ceará conta com 87 leitos psiquiátricos em hospitais gerais, quatro residências terapêuticas e 87 Caps (CEARÁ, 1993). Sabe-se que esses números não são suficientes para suprir a crescente demanda de pacientes que necessitam da atenção dessas redes extra-hospitalares, observando, principalmente, o crescente número de enfermidades mentais provenientes do uso de substâncias entorpecentes, que se tornou verdadeira epidemia no Estado do Ceará.

Apesar do ineditismo prescrito por aquela Lei estadual, o Ceará foi palco de episódio controverso a todo o movimento antimanicomial pregado pela citada legislação, qual seja: a trágica morte do jovem Damião Ximenes nos aposentos de um hospital psiquiátrico na cidade de Sobral, em 1999.

Assim, objetivando que episódio similar não volte a ocorrer, é que se torna necessário o estudo da implementação e do funcionamento dos órgãos de controle das internações psiquiátricas involuntárias, descrito e analisado nas linhas seguintes.

4.1 Informações basilares sobre a pesquisa documental realizada na Procuradoria de Saúde do Estado do Ceará

Por meio de pesquisa científica batizada com o título “Os instrumentos de controle da internação psiquiátrica involuntária: Ministério Público e Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica Involuntária”, sob financiamento da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico, foram analisadas as internações psiquiátricas involuntárias ocorridas no município de Fortaleza durante o ano de 2008. Das 1.659 internações comunicadas ao Ministério Público Estadual, foram analisadas 933. Para facilitar e agilizar a obtenção dos dados da pesquisa, os meses foram escolhidos aleatoriamente a fim de se alcançar uma amostra representativa das comunicações protocolizadas. Desse modo, a colheita de dados recaiu sobre os meses de janeiro, março, maio, julho, setembro e novembro.

Foram apreciadas as comunicações dos seis hospitais psiquiátricos autorizados a internar involuntariamente na capital cearense, quais sejam: Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), Hospital Mira Y Lopez, Clínica Dr. Suliano, Hospital Espírita Nosso Lar, Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC) e Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paula.

O formulário preenchido para a obtenção dos dados, intitulado de Instrumento de Análise das Notificações Psiquiátricas Involuntárias ao MP e dos Procedimentos Subsequentes, continha um total de 35 perguntas e buscava averiguar se a atuação desses órgãos obedecia aos critérios legais.

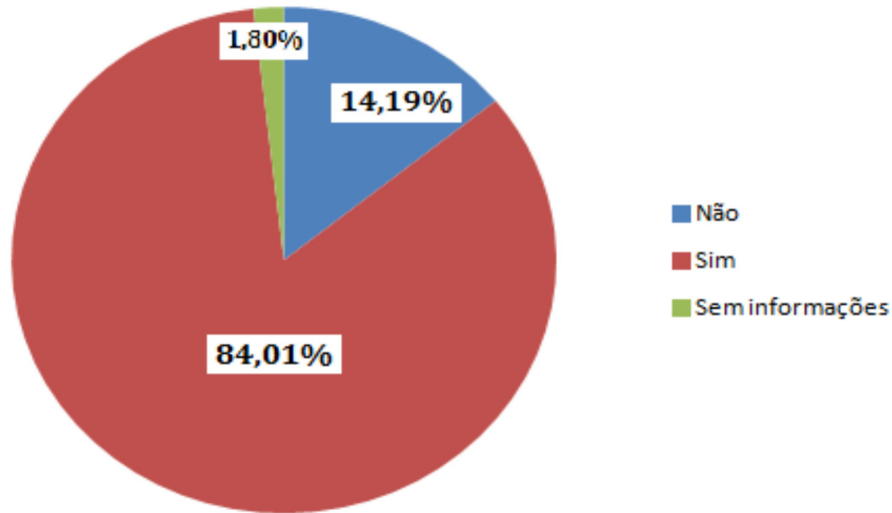
A pesquisa documental foi realizada com a Procuradoria de Saúde, seara do Ministério Público responsável pelo controle das internações, localizada na Avenida Santos Dumont, n. 1350, Aldeota, Fortaleza-Ceará, local onde são armazenados todos os documentos colhidos sobre as IPIs.

4.2 Exposição de dados obtidos por meio de análise de notificações das internações psiquiátricas involuntárias ocorridas no ano de 2008

Os resultados apresentados a seguir derivam exclusivamente das informações obtidas por meio do formulário de Instrumento de Análise das Notificações Psiquiátricas Involuntárias ao MP e dos Procedimentos Subsequentes, colhidos entre agosto e dezembro de 2010.

Um percentual de 84% das notificações examinadas atendeu à exigência legal da Lei n. 10.216/2001, art. 8º, § 1º c/c art. 4º, I da Portaria n. 2.391/2002 – MS/GM, notificando o MP e as CRIPs nas 72 horas seguintes à internação involuntária; enquanto 14,2% daquelas notificações não atenderam a esse ditame legal e 1,8% não forneceu os dados necessários à análise dessa questão. O controle das internações psiquiátricas e a consequente tutela dos direitos e interesses do paciente portador de transtornos mentais são dependentes diretos do cumprimento do prazo de comunicação determinado por lei.

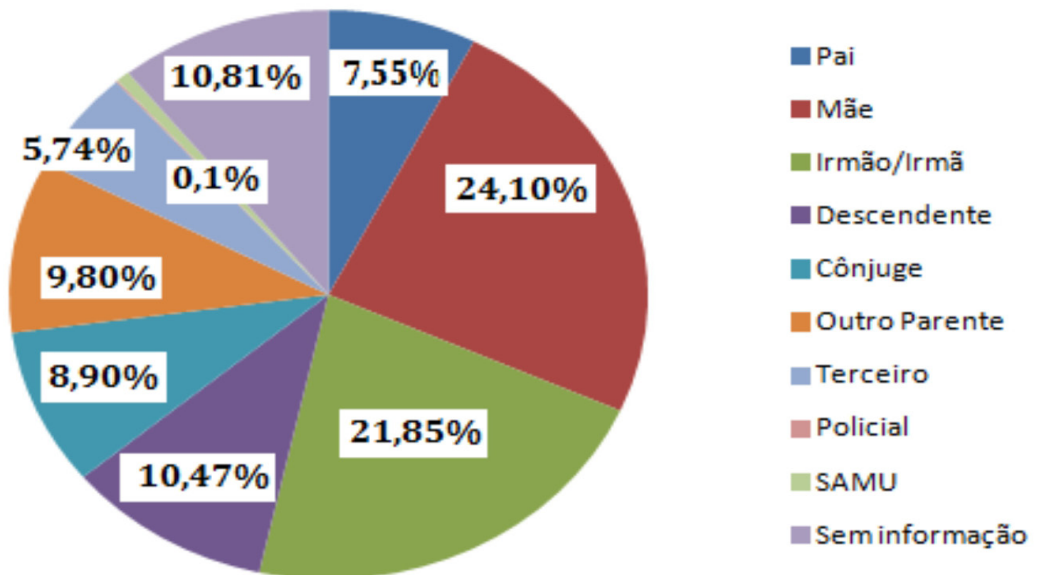
Gráfico 1 - O Ministério Público (MP) foi notificado da IPI por meio do Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, no prazo de 72h da adoção da medida, atendimento ao disposto na Lei n. 10.216/2001 c/c art. 4º, da Portaria n. 2.391/2002 - MS/GM?



Fonte: Nupesq.

A condução do paciente ao hospital foi feita por algum familiar em 82,6% das notificações avaliadas, sendo a figura materna a principal condutora nos casos analisados (24,1%).

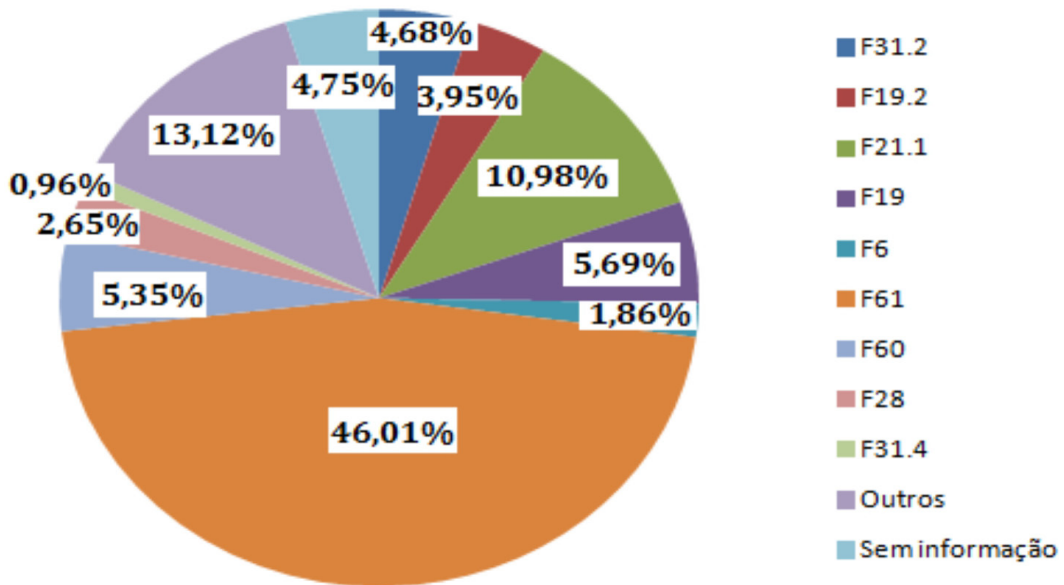
Gráfico 2 - Quem conduziu o paciente ao hospital?



Fonte: Nupesq.

A CID é a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, publicada pela OMS, objetivando padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. Quanto à CID informado no laudo médico, tem-se em todos os casos a aplicação da CID 10 F, relacionada ao sofrimento psíquico. Predomina a indicação da CID 10 F61 (45,95% dos casos), categoria referente aos transtornos de personalidade frequentemente perturbadores que não possuem o padrão específico de sintomas qualificadores que caracteriza os transtornos descritos em [F60](#). Observa-se que a classificação referida corresponde ao transtorno psíquico não específico, sem padrões sintomatológicos típicos como aqueles elencados na CID F60.

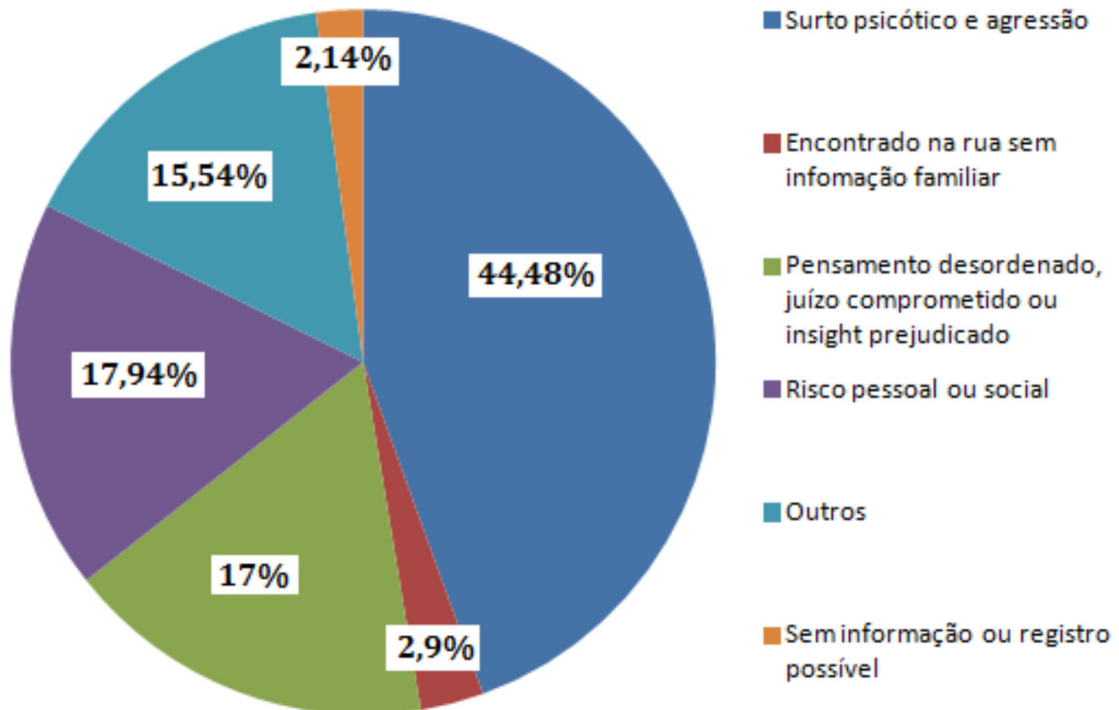
Gráfico 3 – CID registrado na internação



Fonte: Nupesq.

Em 2,14% dos laudos médicos das internações involuntárias analisadas, a justificativa não foi informada ou foi com letra ilegível. Na maioria dos casos, a justificativa foi apontada como *surto psicótico e agressão* (44,48%); seguido de *risco pessoal ou social* (17,91%); juízo crítico comprometido ou *insight* prejudicado (17%); outros (15,54%); paciente encontrado na rua sem informação familiar e com pensamento desordenado (2,93%).

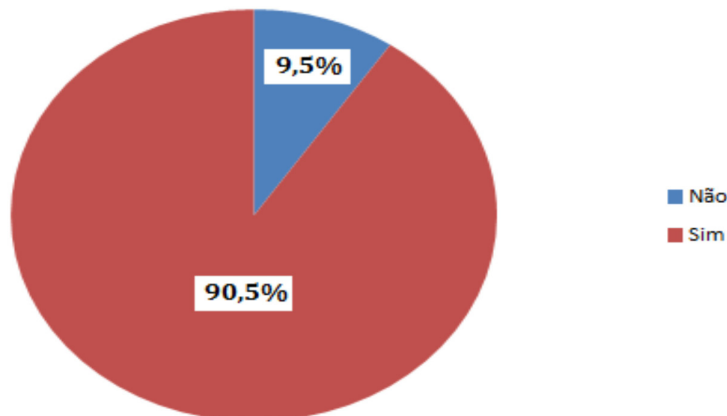
Gráfico 4 – Justificativa para a internação



Fonte: Nupesq.

Analisando as notificações emitidas pelas instituições psiquiátricas, observou-se que em 90,5% dos casos os estabelecimentos atenderam às exigências previstas no Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária estabelecido pela Portaria n. 2.391/GM (2002), enquanto em 9,5% dos casos tais informações não foram integralmente apresentadas.

Gráfico 5 – O Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária apresenta todas as informações exigidas pela Portaria n. 2.391/GM - 2002



Fonte: Nupesq.

Como desdobramento do item anterior, e continuando a considerar as exigências do Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária estabelecido pela Portaria n. 2.391/GM - 2002, o percentual de informações omitidas foi o seguinte:

- a) em 25,11% das IPIs notificadas, o Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária não continha o laudo médico do profissional especializado, exigido pelo art. 8º da Lei n. 10.216/2001;
- b) em 3% das IPIs notificadas não havia identificação do estabelecimento de saúde onde se determinou a internação;
- c) em 6,9% das IPIs notificadas não havia identificação do médico que autorizou a medida;
- d) em 12,39% das notificações de IPI não continham as informações sobre o usuário, seus familiares e responsável;
- e) em 0,11% não havia informação sobre a caracterização da internação, se IPI ou IPV;
- f) em 1% dos casos, o motivo e justificativa da IPI não foram informados;
- g) em 3,6% das notificações de IPI não havia informação sobre os motivos da discordância do usuário sobre a medida;
- h) em 1,8% das notificações não havia informação sobre a CID;
- i) em 34,2% das notificações de IPI não havia informações sobre os dados do usuário na Previdência Social (INSS);
- j) em 13,4% das notificações de IPI não havia informações sobre a capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se era interditado ou não;
- k) em 15,2% dos casos não havia informação sobre o contexto familiar do usuário;
- l) em 42,5% das notificações de IPI não havia informação sobre a estimativa do tempo de internação.

Verifica-se, com esses dados, a negligência no preenchimento destas informações, essenciais na defesa dos direitos dos portadores de transtornos mentais.

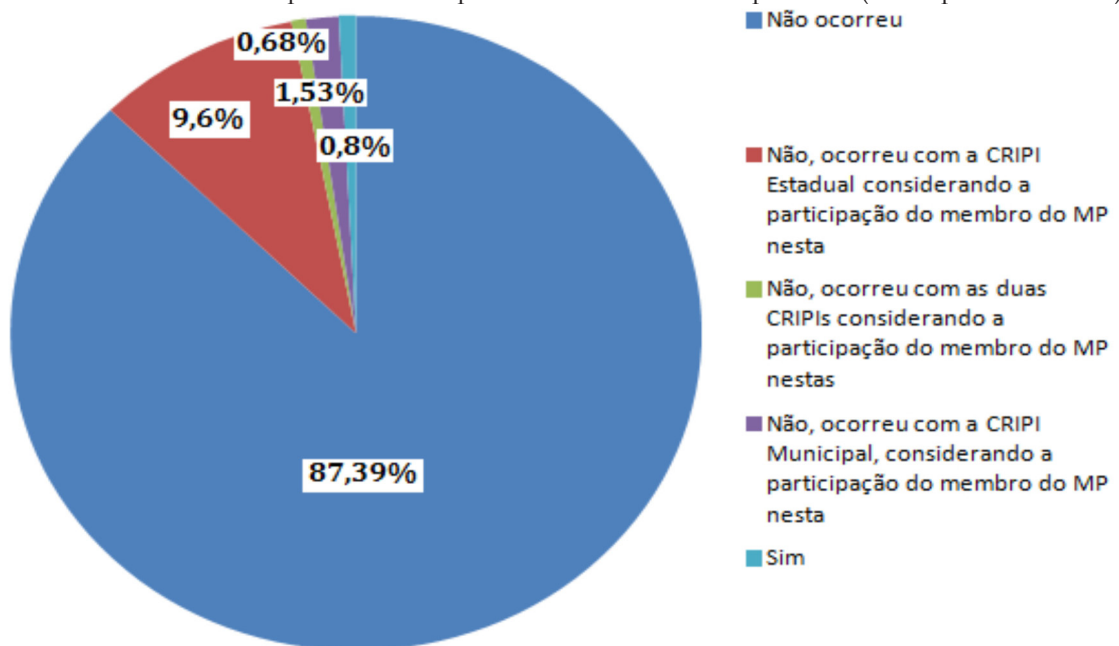
Diante da notificação da internação psiquiátrica involuntária, observou-se que, em apenas 4,4% dos casos, o MP e as CRIPs realizaram visitas ao estabelecimento. Um total de 94,7% das notificações não desencadeou qualquer visita individual, o que pode originar em uma distorção nas informações colhidas.

Embora a legislação não determine visita pessoal ao paciente sujeito à IPI, impôs o dever de diligenciar para a garantia dos direitos do paciente. De modo mais específico, impôs às CRIPs o dever de acompanhar as internações nas 72h subsequentes à notificação, sendo óbvio que para tal acompanhamento haverá exigência das respectivas visitas. Como no Estado do Ceará os trabalhos do MP têm sido realizados em conjunto com as CRIPs, deduz-se que estas não estão realizando o acompanhamento individual das IPIs, nos termos em que dispõe o art. 10, Portaria n. 2.391/2002.

Nos casos em que houve visita do MP e CRIPI, um percentual de 4,1% dos casos foi realizado no prazo de até sete dias após a notificação e, um percentil de 0,3% das visitas se fez após 7 dias da notificação. Em um elevado número de casos (97,71%), a resposta foi prejudicada pelo fato da inocorrência de visita.

Apenas em 0,7% destas visitas o MP estava sem a presença dos membros das CRIPIs. Nos demais casos realizou a visita em parceria com aquelas comissões: em 9,8% das visitas se fez acompanhar da CRIPI estadual; em 1,4%, da CRIPI estadual e da CRIPI municipal; e, em 0,8% dos casos fez a visita apenas com a CRIPI municipal. Por esse resultado, duas questões tornam-se preocupantes: a primeira é que as notificações não geram análise individual e a segunda é que o controle realizado pelas CRIPIs é muito dependente do trabalho desenvolvido pelo MP.

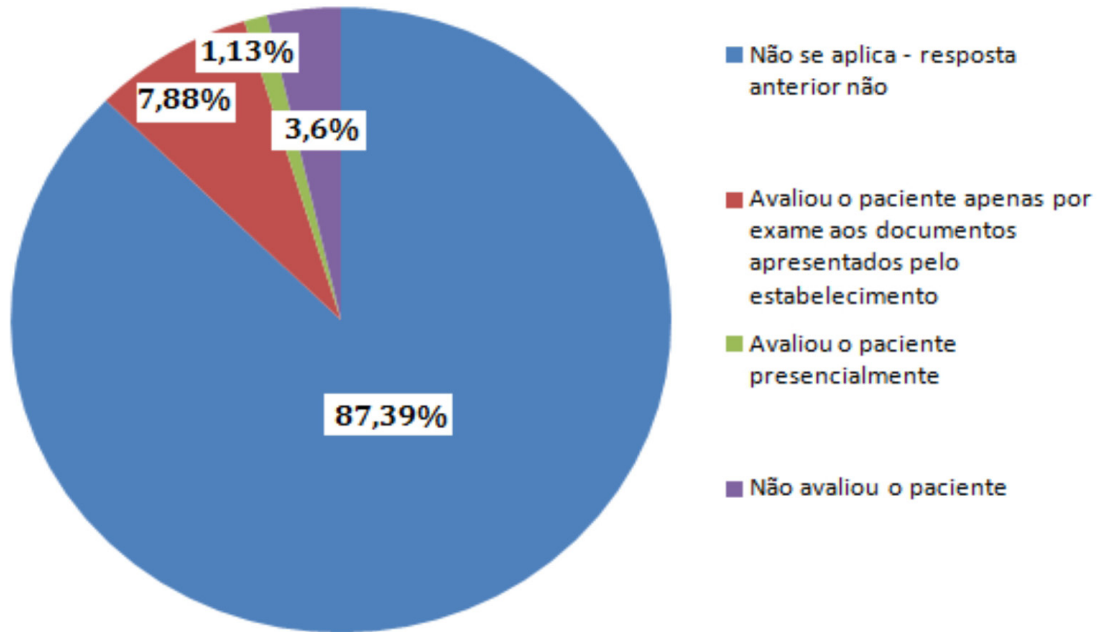
Gráfico 6 – A visita realizada pelo MP foi independente da visita realizada pela CRIP (municipal ou estudantil)



Fonte: Nupesq.

Nos casos em que houve visita ao estabelecimento de internação, apenas em 3,6% dos casos se avaliou o paciente presencialmente; já em 7,9% dos casos a avaliação se restringiu ao exame de documentos e prontuários apresentados pelo hospital; em 1,1% dos casos nenhum tipo de avaliação foi realizada.

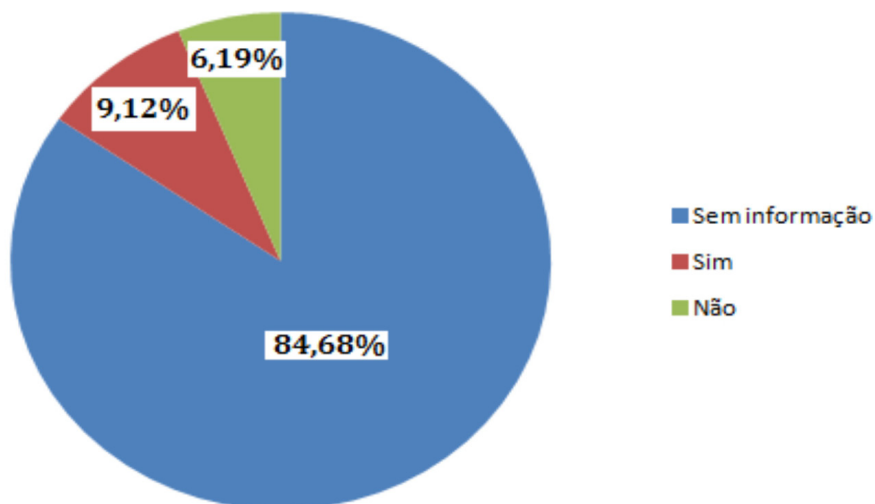
Gráfico 7 - Por ocasião da visita ao estabelecimento notificante, o MO



Fonte: Nupesq.

À revelia do que exige o art. 8º da Portaria n. 2.391, em 84,7% das IPIs notificadas não houve a consequente informação sobre a alta do paciente, prejudicando o controle do tempo daquelas internações; apenas 9,1% dos casos seguiram a determinação legal de notificar a alta nas 72h subsequentes; já em 6,2% dos casos houve informação da alta, mas em descumprimento daquele prazo legal.

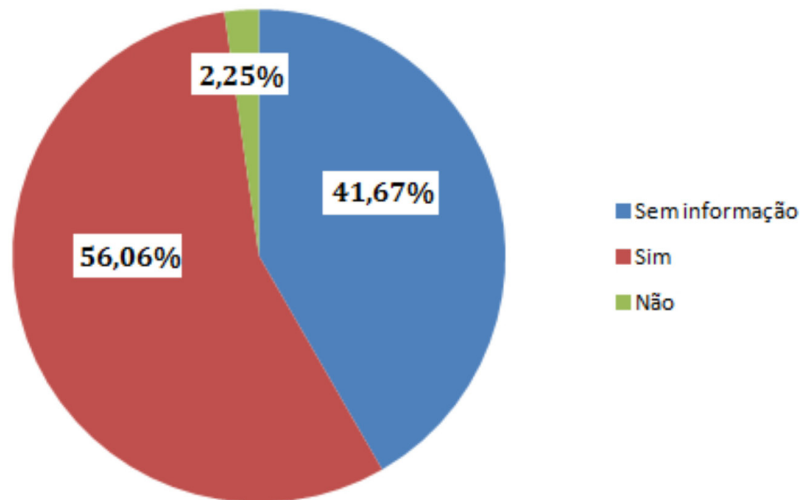
Gráfico 8 - A alta do paciente foi notificada ao MP no prazo máximo de 72 horas (art. 8º, Portaria n. 2.391)



Fonte: Nupesq.

De acordo com as exigências da Portaria n. 2.391/2002, o instrumento de notificação da alta do paciente deve conter um rol de informações (numeração da IPI, data, condições da alta e encaminhamento do paciente). No entanto, estas exigências somente foram efetivamente observadas em 56,1% das IPIs examinadas; já em 2,3% dos casos não foram atendidas, e em 41,7 a análise foi prejudicada.

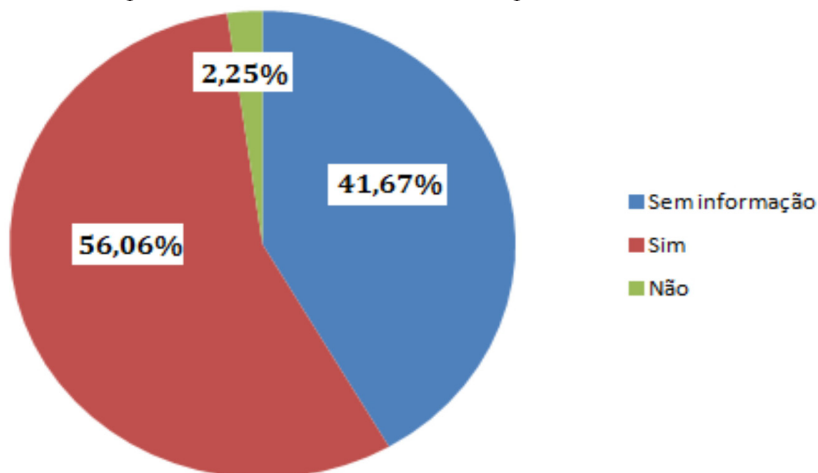
Gráfico 9 - O instrumento de notificação da alta do paciente informa os elementos exigidos (numeração da IPI, data, condições da alta e encaminhamento do paciente)



Fonte: Nupesq.

Entre a notificação da IPI e a notificação da respectiva alta, os pacientes envolvidos foram visitados uma vez em 1,1% dos casos; em 47,5% dos casos não receberam nenhuma visita e, em 51,4% dos casos a documentação analisada não ofereceu condições de resposta. O dado aqui apresentado demonstra que nem por amostragem se faz um acompanhamento adequado das IPIs.

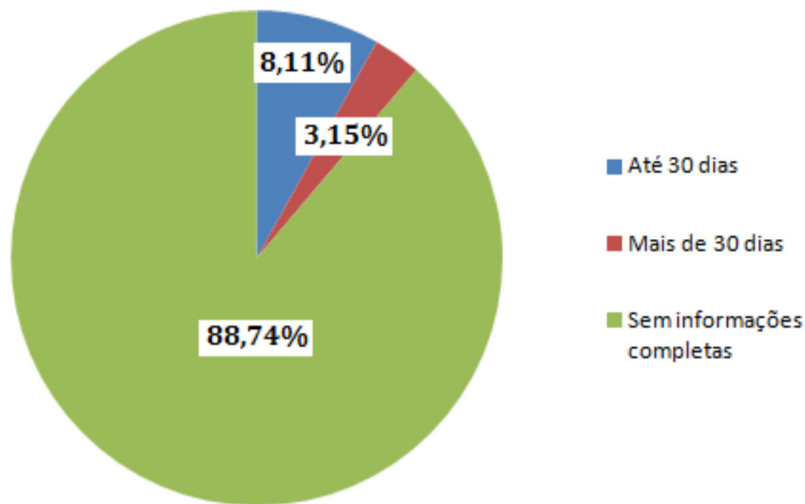
Gráfico 10 - Quantas visitas do MP foram realizadas para o controle e o acompanhamento da internação à alta do paciente?



Fonte: Nupesq.

A duração das IPIs analisadas foi de até 30 dias para 8,1% dos casos e mais de 30 dias para outros 3,2%. Em 88,7% a documentação analisada não ofereceu condições para a resposta. Esse dado é importantíssimo para o controle da medida e análise de sua adequação aos propósitos da Reforma. Não é condizente com os direitos do paciente e a proposta integracionista de tratamento, que o paciente se mantenha internado por muito tempo, exceto quando a medida for de extrema necessidade para *sua* própria saúde. O objetivo é evitar que a internação se converta em clausura, em exclusão da vida social e coletiva. Uma medida constritora da liberdade como é a IPI deve estar lastreada em sua funcionalidade e respeito à pessoa. Logo, o controle do tempo é um elemento mínimo que se pode coletar, a partir do fluxo de informações entre o estabelecimento de internação e as instâncias de acompanhamento e controle.

Gráfico 11 - Duração da internação



Fonte: Nupesq.

Conclusão

A nova plataforma de Direitos Humanos foi instrumento essencial na humanização do trato psiquiátrico. A marginalização secular dessas pessoas foi posta em xeque por meio de documentos internacionais e legislações que objetivavam garantir e proteger seus direitos.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica, apesar dos avanços e da ampla divulgação, ainda necessita de incrementos. A manutenção do modelo manicomial e hospitalocêntrico perdeu grande parte de seus adeptos. Entretanto, o abandono deste modelo ainda não garantiu a criação de outro mais adequado. No vazio dessa passagem, a exclusão continua largamente praticada. Os riscos da manutenção do modelo manicomial são substituídos pelos riscos da desatenção e da geração de movimentos de resistência baseados em fatos, uma vez que a imagem do doente mental ainda é muito ligada a uma potencialidade perigosa e à imprevisibilidade. Os pacientes sujeitos à medida de segurança

vivem tormentos semelhantes àqueles que a história denunciou na Idade Média. Ainda há muito o que atender em matéria de medida de segurança.

No que diz respeito ao controle das internações psiquiátricas, observou-se que o controle efetuado pelas CRIPs, à semelhança do procedimento adotado pelo MP, é realizado por amostragem, que, para os trabalhos das CRIPs, não é significativa, revelando a necessidade de otimização urgente. Nem todas as internações notificadas são checadas por meio de visita individual ao interno. Por vezes, o exame é meramente documental; outras, nem mesmo essa documentação é apreciada. A atuação das CRIPs é intrincada com a atuação do Ministério Público, não se vislumbrando autonomia entre os procedimentos realizados. Quando realizadas, as visitas são marcadas em conjunto e os documentos resultantes destas são compilados pelo Ministério Público.

Por meio do exame geral da documentação recolhida e dos questionários aplicados, entende-se que o sistema de controle das IPIs em Fortaleza tem funcionado precariamente. Há uma atuação importante do MP, mas não há uma definição estruturada e clara dos papéis das CRIPs, tampouco dos passos procedimentais deste controle. A atividade de controle por parte das CRIPs acaba se resumindo a uma assistência aos trabalhos do MP. Arrisca-se afirmar que a existência das CRIPs tem efeito mais simbólico do que efetivo.

Comparativamente ao sistema de saúde asilar, sabe-se que houve mudança. A simples visita do Ministério Público aos estabelecimentos de saúde já evita maiores estragos. A previsão da CRIP seria para permitir um maior cuidado à liberdade da pessoa e ainda para avaliar a adequação do tratamento impingido. Constituída por uma equipe interdisciplinar, teria condições de dirigir uma atenção mais detalhada ao caso em exame, observando as vicissitudes de cada paciente e a condução da internação. À medida que a CRIP entende uma dada internação como inadequada e/ou excessiva, pode requerer sua revisão ou mesmo opinar pela alta do paciente. Salienta-se o papel importantíssimo que essas instituições devem desempenhar na época atual na qual se egressa dos manicômios em busca de um tratamento mais humanitário. Contudo, é necessário maior atenção do gestor no SUS, no sentido de disciplinar normativamente as atribuições e os procedimentos a serem cumpridos pela equipe em seu desempenho da atividade de revisão das internações.

Há necessidade de ampliar a importância das CRIPs e conferir maior estabilidade às atividades de acompanhamento das IPIs, especialmente nos dias atuais em que crescem as demandas pela IPI relativamente ao usuário de cocaína-*crack*, reafirmado em sua condição de paciente psiquiátrico.

Referências

AMARANTE, P. Estratégias e Dimensões do Campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial. In: _____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

_____. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FioCruz, 1995.

_____. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: ESCOREL, S. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração de Direitos do Deficiente Mental*, dez. 1981. Disponível em: <http://www.senai.br/psai/download/Direitos_Deficiente%20Mental.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2012.

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

BORGES, Nadine. *Damião Ximenes: primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: Revan, 2009.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 maio 2001.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado. 1988.

_____. Ministério da Justiça. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 5 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=525&letra=R>. Acesso em: 01 mar. 2012.

_____. *Portaria GM n. 106*, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os serviços residenciais. Portal da Saúde, Brasília, DF, 11 fev. 2000. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119>. Acesso em: 1 mar. 2012.

_____. *Portaria GM n. 2.391*, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das intervenções psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação de comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde integrantes ou não do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 2002. Disponível em: <dtr2001.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/Gm-2391.htm>. Acesso em: 01 mar. 2012.

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus n. 35.301 - RJ* (2004/0063013-3). Relatora: Ministra Nancy Andrigh. Órgão julgador: Primeira Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Julgamento em 3 ago. 2004. Brasília, DF, 13 set. 2004.

CANOTILHO, J. J. Gomes. *Direito constitucional*. Coimbra: Almedina, 1993.

CEARÁ (Estado). *Lei n. 12.151*, de 29 de julho de 1993. Lei Mario Mamede. Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.al.ce.gov.br/legislativo/legislacao5/leis93/12151.htm>>. Acesso em: 1 mar. 2012.

LUÑO, Antonio E. Perez. *Derechos humanos, estado de derecho y constitución*. Madrid: Tecnos, 1995.

MENEZES, Joyceane Bezerra de. O direito ao desenvolvimento da personalidade e a sua relação com os direitos sociais. In: SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (Org.). *A eficácia dos direitos sociais*. São Paulo: Quartier Latin, 2010.

MENEZES, Joyceane Bezerra de; GESSER, Wagner Pinheiro. A autonomia privada do paciente dependente de substância no Brasil. In: MENEZES, Joyceane B. (Org.). *Dimensões Jurídicas da personalidade na ordem constitucional brasileira*. Florianópolis: Conceito, 2010.

MENEZES, Joyceane Bezerra de; OLIVEIRA, Cecília Barroso de. Reforma Psiquiátrica Brasileira, a difícil passagem do isolamento para o tratamento inclusivo do paciente em respeito aos direitos de personalidade e ao direito à convivência familiar. In: MENEZES, Joyceane Bezerra de; LIMA, Renata Albuquerque (Org.). *Justiça social e democracia*. São Paulo: Conceito Editorial, 2011.

MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

PACHECO, Juliana Garcia. *Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações Sociais da Loucura e a História de uma Experiência*. São Paulo: Jurúa, 2009.

PESSOTTI, Isaias. *O século dos manicômios*. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PINEL, Philippe. *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale*. 2. ed. Paris: J.A Brosson, 1809.

SZANIANWSKI, Elimar. *Direito de personalidade e sua tutela*. São Paulo: RT, 1993.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

Data da submissão: 27 de maio de 2013

Avaliado em: 06 de setembro de 2013 (Avaliador A)

Avaliado em: 05 de setembro de 2013 (Avaliador B)

Aceito em: 18 de outubro de 2013