

2. ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO EM PROL DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO PIAUÍ

THE ACTIVITIES OF THE PUBLIC MINISTRY TO IMPROVE THE QUALITY OF THE CARE OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS IN PIAUÍ

Cláudia Pessoa Marques da Rocha Seabra¹

Lúcia Cristina dos Santos Rosa²

RESUMO: Trata-se de um artigo baseado em fontes documentais e revisão bibliográfica, que analisa a atuação do Ministério Público em prol da qualidade da atenção à pessoa com transtorno mental no Piauí, no período de 2004 a 2014. Caracteriza o Ministério Público como um dos principais atores impulsionadores do processo de mudança na qualidade assistencial, no contexto local, e, conseqüentemente, na qualidade de vida, na garantia da cidadania e nos direitos das pessoas com transtorno mental.

ABSTRACT: *It is an article based on documentary sources and bibliographic review, which analyzes the performance of the Public Prosecutor's Office in favor of the quality of care to the person with mental disorder in Piauí, from 2004 to 2014. It characterizes the Public Ministry as one of the main drivers of the process of change in the quality of care in the local context and, consequently, of the quality of life and guarantee of citizenship and the rights of people with mental disorders.*

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Cidadania. Ministério Público.

KEYWORDS: *Mental health. Psychiatric Reform. Citizenship. public ministry.*

¹ Promotora de Justiça, titular da 12ª Promotoria de Justiça Especializada em Saúde Pública do Ministério Público do Piauí, Especialista em Direito Administrativo pela UFCE. Integrante da Comissão Permanente de Defesa da Saúde do GNDH/CNPG.

² Assistente Social, docente titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Serviço Social, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, e em Sociologia, pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós-doutorado em Saúde Coletiva, pela UNICAMP.

SUMÁRIO: 1. Introdução. 2. Desafios da Política de saúde mental brasileira sob a égide da Reforma Psiquiátrica. 3. O processo de reforma psiquiátrica no Piauí e seus principais atores. 4. Atuação do Ministério Público do Piauí no asseguramento de direitos e qualidade de vida, por meio da atenção comunitária. 5. Conclusão. Referências.

Introdução

Com o objetivo de reconstituir a trajetória da atuação do Ministério Público no Piauí, em prol da qualidade da atenção à pessoa com transtorno mental, por meio do asseguramento da efetivação de seus direitos a um cuidado territorial e cidadão, no período de 2004 a 2014, processou-se uma pesquisa documental baseada em Inquéritos Cíveis Públicos, Termos de Ajustamento de Conduta-TAC, relatórios situacionais, bem como revisão bibliográfica, a partir de livros produzidos sobre o processo de mudança assistencial em saúde mental piauiense, fundamentadas nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

Como a constituição de uma política social se configura em uma arena de disputas (GIOVANELLA, L et al, 2012), em que atores com diferentes identidades, interesses e perspectivas se enfrentam na perspectiva de assegurar seus projetos e modelos na condução dos rumos adotados e orçamentos definidos, a primeira parte se dedica a oferecer um panorama geral da constituição da reforma psiquiátrica como política de saúde mental, a partir dos anos de 1990 e, como parte de um movimento social, com um projeto de assegurar o princípio da universalização na política de saúde e uma qualidade da atenção em saúde mental pautada na cidadania da pessoa com transtorno mental.

Nesse horizonte, explicitam-se os desafios inerentes a tal processo, materializado no desmonte de todo aparato que deu sustentação ao modelo manicomial, violador de direitos humanos e degradante da dignidade humana da pessoa com transtorno mental. Em seguida, analisa-se as particularidades do processo de reforma psiquiátrica no contexto piauiense, com destaque a seus principais atores, tanto propulsores, quanto obstaculizadores.

Por fim, é dedicada uma parte para explicitar a atuação do Ministério Público, na perspectiva de assegurar a direção de uma atenção pautada no cuidado comunitário/territorial e assegurador de direitos, qualidade de vida e cidadania da pessoa com transtorno mental.

Desafios da Política de saúde mental brasileira sob a égide da Reforma Psiquiátrica

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira, conceituada como “[...] conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do ‘louco’ e da ‘loucura’, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão” (BRASIL, 2007, p. 58), configura-se como um movimento social complexo que disputa, na arena de tensão das políticas sociais (GIOVANELLA et al, 2012), outras formas de produzir cuidado à pessoa com transtorno mental, baseada no asseguramento de direitos/cidadania e em uma atenção solidária, compartilhada por toda sociedade. Teve origem nas lutas sociais intensificadas no final dos anos de 1970, a partir do processo de redemocratização da sociedade brasileira.

Amarante (1995) informa como seu marco a “crise da DINSAM” – Divisão Nacional de Saúde Mental, situada no Rio de Janeiro, em 1978, a partir das mobilizações dos trabalhadores de saúde mental, sobretudo da categoria médica, que ao lutar por melhores condições de trabalho, passam a denunciar as péssimas condições assistenciais, e, conseqüentemente, a naturalização da violação de direitos humanos no interior dos manicômios/hospitais psiquiátricos. Desse processo surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, depois transformado no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, o qual, inicialmente, no final dos anos 70, teve apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Na sua gênese, a reforma psiquiátrica esteve associada ao movimento sanitário, que lutava por transformações gerais da sociedade, mas, particularmente, pela saúde como direito de todos e dever do Estado, em confronto com tendências mercantilizantes da política social. Aos poucos, o movimento da reforma psiquiátrica se destaca em sua particularidade por centrar o foco de sua ação nos direitos civis, sobretudo na metamorfose da condição do louco, destituído de si e de imagem positiva como cidadão, pois estigmatizado, ao estatuto de cidadão, a partir do lema “cuidar em liberdade”.

Insera-se, assim, na luta das minorias sociais pelo reconhecimento e pelas liberdades básicas, como sujeito de direitos, tais como vocalizar suas próprias necessidades, circular pela cidade, tendo garantido o convívio social/comunitário, mas não abdica dos direitos sociais. Ao contrário, exige-os de maneira conjugada.

Esse movimento se contrapõe ao modelo asilar/hospitalocêntrico/manicomial, que emergiu historicamente como resposta hegemônica no mundo Ocidental para as questões sociais postas pela pessoa com transtorno mental, a partir da emergência da sociedade moderna, fundamentada no trabalho, no ser da razão e da produção. Tal segmento permanece inicialmente sem lugar em uma sociedade baseada na crescente urbanização, que amplia o anonimato social e a massificação na produção industrial, que exige a adequação a um determinado ritmo e disciplina para a qual nem todos se conformam.

Gradualmente, essas pessoas são alijadas do cenário urbano e, conseqüentemente, do convívio social; primeiro, mediante a institucionalização em hospitais gerais e depois em serviços de saúde, especificamente, criados para sua segregação/exclusão social, a partir da apropriação médica da loucura (CASTEL, 1978).

A loucura é definida a partir deste momento como “alienação/doença mental”, por Philippe Pinel (1745-1826), na França, e seu detentor é fixado em um estado de minoridade social. O enquadre médico se soma ao estatuto jurídico e moral, o que leva à associação do louco à incapacidade (de discernimento – razão e, conseqüentemente, para o trabalho) e à periculosidade (risco), conceitos considerados como antecedentes da vida civil. Posto como incapaz e inimputável, forja-se um duplo movimento de “psiquiatrização do crime e criminalização da loucura” (DELGADO, 1992: p. 58), fato que, a priori, confere à psiquiatria o poder de sequestrar o “doente” /alienado, comumente, internado contra sua vontade.

Nesse movimento, o louco é tratado como um cidadão de segunda categoria, conseqüentemente, tutelado. Em nome de ser “cuidado”, abrigado, do louco foram retirados os direitos civis, como resultado, a base primeira da cidadania.

Nesse contexto, toda experiência com a loucura é homogeneizada. Ilustrativo dessa condição, expressa-se no Código Civil brasileiro, de 1916, que em seu Art. 5º, inciso II, trata dos “loucos de todo o gênero”, impedidos de praticar atos da vida civil, pela interdição. Nesse contexto, o destino das pessoas na condição de louco/alienado passa a ser o descrédito social e, sobretudo, para os loucos pobres, o destino será a internação psiquiátrica.

Há consenso entre os pesquisadores da Europa de que a origem de todo processo, que conformou o modelo asilar hospitalocêntrico/

manicomial e suas bases de sustentação segregadora, está na configuração da forma histórica do Estado responder às questões sociais postas pelo louco pobre, no cenário urbano e público. Ou seja, conformou-se uma atenção explicitamente com orientação classista, destinada a excluir do meio social os loucos pobres. (CASTEL, 1978; BASAGLIA, 1985)

Com a crescente degradação da finalidade assistencial dos “hospitais psiquiátricos” e, mormente, após a II Guerra Mundial, quando tais equipamentos passaram a ser equiparados aos campos de concentração nazista, por terem-se constituído em um espaço aviltante da condição humana, pela ação centrada na massificação da atenção e na mera exclusão social, emerge processos de mudança, reforçada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, instituída pela Organização das Nações Unidas – ONU, em 10 de dezembro de 1948, que proclama “a universalidade, a inalienabilidade, a indivisibilidade e a interdependência dos direitos humanos” (BORGES, 2008, p.89). Ratifica a dignidade da pessoa humana como um valor inerente ao ser humano, incondicional, haja vista o entendimento do Art. 1º, da supramencionada Declaração de que todos os “homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. Portanto, toda pessoa humana é sujeito de proteção de circunstância ou situação aviltante, degradante e que a coisifique.

Neste contexto, várias propostas de reforma em saúde mental são evidenciadas, com diferentes tradições teóricas, em conjunturas históricas singulares e em vários países do mundo Ocidental, destacando-se a Inglaterra, a França, os Estados Unidos e a Itália. (AMARANTE, 1996)

O Brasil ingressa nesse processo tardiamente, sob a influência do legado de Franco Basaglia, que, na Itália, desconstruiu o modelo manicomial e construiu a cidadania da pessoa com transtorno mental, ou seja, sua condição de sujeito de direitos, colocando entre parênteses a “doença mental”. Destaca na intervenção a “existência do sofrimento”, ou seja, as condições de reprodução social, as condições de vida da pessoa com transtorno mental. A qualidade de vida ganha destaque, assim, a complexidade do viver com a loucura/o transtorno mental, que é recomposto em suas múltiplas dimensões como parte da vida humana.

Nesse contexto, a análise se centra nos danos que a vida institucional – manicomial – produziu para a pessoa com transtorno mental, em termos de desabilitação/incapacitação para

a vida social, fora dos muros do manicômio. E, também, nos efeitos produzidos por toda legislação e aparato institucional em torno dessa figura, sintetizado no estigma (GOFFMAN, 1988), isto é, na deterioração da imagem social desse personagem, reduzido no imaginário social a presumidamente perigoso e incapaz, a priori, como um risco social.

Há, então, investimentos para mostrar o quão diverso é a experiência com a loucura, que passa a ser considerada uma parte da condição humana, uma forma diferente de ser e estar no mundo, o que requer mudanças culturais, em função do legado enraizado no imaginário social por 200 anos de saber psiquiátrico pautado no modelo manicomial, sintetizado no ditado que “lugar de louco é no hospício”.

No plano internacional, os processos reformadores dos modelos assistenciais em saúde mental são fortalecidos e impulsionados pelas ações, pelos princípios e pelas recomendações da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). A primeira realizou a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, no período de 11 a 14 de novembro de 1990, em Caracas, Venezuela. Do encontro, resultou a Declaração de Caracas, em que os hospitais psiquiátricos metaforicamente denominados manicômios foram condenados, tendo por base quatro eixos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1990, p. 8):

- a) **ético jurídico** - devido à violação dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais;
- b) **clínico** - em função da ineficácia terapêutica e da condição de agente patogênico e cronicador historicamente assumido por tais instituições;
- c) **institucional** - devido tais instituições se constituírem espaço de violência - “instituições totais” -, que mortifica, sujeita;
- d) **sanitário** - em função da organização do modelo assistencial figurar como “cidade dos loucos”, produzindo a loucura administrativa, executiva e organizacional.

Em reforço à tendência histórica de reconhecimento da condição de sujeito de direitos da pessoa com transtorno mental, em 17 de dezembro de 1991, a Organização das Nações Unidas divulgou o documento que trata da “proteção de pessoas com problemas mentais e a melhoria da assistência à saúde mental”, conforme o nome do referido documento.

Logo, há incorporação da pessoa com transtorno mental à condição de cidadania. Paradoxalmente, o desafio que é colocado é o de revisão da cidadania interdita. (DELGADO, 1992)

No Brasil, a cidadania da pessoa com transtorno mental é reforçada com a organização de associações de usuários e familiares, sobretudo, no Rio de Janeiro e em São Paulo, a partir dos anos 80 (YASUI, 2010), as quais passam a vocalizar as necessidades desses atores sociais, que apoiam processos de melhoria na qualidade assistencial.

O movimento da reforma psiquiátrica e seus atores políticos se enfrentam com várias forças sociais, favoráveis e desfavoráveis a seus princípios e orientação. Com a consolidação do processo democrático, paulatinamente, profissionais identificados com o ideário da reforma psiquiátrica, assumem postos de gestão da política de saúde mental, do Ministério da Saúde, que, nos anos 1990, passa a implementar uma política de reestruturação da assistência, na perspectiva de um cuidado comunitário (ROSA, 2003), assegurador dos direitos civis, na construção da cidadania da pessoa com transtorno mental e reinvenção de sua vida.

Vários acontecimentos marcantes consolidam as mudanças em curso, no final dos anos 80 e início dos anos 90. Em 1987, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Ainda nesse ano, foi criado, em São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - Luiz Cerqueira, financiado com recursos do governo estadual, primeiro serviço criado na perspectiva de assegurar os direitos civis da pessoa com transtorno mental, cuidar em liberdade, “de portas abertas”, iniciativa que mostrou que é possível construir outra forma de cuidar, cidadã.

Em 1990, na cidade de Santos-SP, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, por violação de direitos humanos, é criada a primeira política pública municipal de saúde mental, orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica (YASUI, 2010) que tem por paradigma a atenção psicossocial, entendida como sinônimo de cidadania (SARACENO, 1999), tendo por eixos da intervenção e avaliação: 1) o morar – habitar como esfera do poder contratual das pessoas; 2) o trocar identidades, secundarizando a individualidade estigmatizada e dando visibilidade para outras socialmente positivadas e múltiplas; 3) o produzir valores que a sociedade valora, ou seja, inserir a pessoa com transtornos mentais em processos de geração de emprego e renda.

Nesse contexto, a questão a ser enfrentada é a emancipação, a ampliação do poder de trocas sociais das pessoas com transtornos mentais. O que está em questão é a reprodução social desse segmento e sua reintegração no mundo social. Seu reconhecimento no estatuto da ordem do humano e, sobretudo, da cidadania. Tais perspectivas convergem, irradiam-se e se materializam no próprio conceito ampliado de saúde advogado pelo Sistema Único de Saúde - SUS, reforçado pela Constituição Federal de 1988, em que os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado ganham destaque.

A conceituação de saúde é vinculada às condições de reprodução da vida em determinadas condições sociais. Passa a abranger o meio físico, socioeconômico e cultural, dando a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde; tendo por **princípios** a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a resolutividade, a regionalização, a hierarquização e a participação popular.

Os processos de mudança paradigmática e a reorientação no modelo assistencial no contexto brasileiro consolidam como uma política de estado e de saúde mental, a partir do início dos anos 90. Tiveram por marco o lançamento da Portaria nº189/1991, que amplia e estabelece a normatização e o financiamento governamental, também, para novos serviços de saúde mental, de base comunitária, que funcionam “de portas abertas”. Tal fato é importante, pois, até então, apenas era financiado publicamente os leitos em hospitais psiquiátricos. Outra Portaria de nº 224/92 instituiu critérios de controle e supervisão da melhoria da assistência dos hospitais especializados, o que permite avaliação da qualidade assistencial e a consequente diminuição no número de leitos na rede pública e conveniada. O processo foi denominado “desospitalização saneadora” (VASCONCELOS, 2000).

No plano legislativo, o coroamento do processo de reforma psiquiátrica circunscreveu o sancionamento da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004).

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 336, que define as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, principal equipamento da reforma psiquiátrica, com a missão de substituir o modelo hospitalocêntrico, por ser um serviço de portas abertas e constituir-se como um serviço comunitário e fundamentado em um outro processo de trabalho em equipe

multiprofissional e orientado por um Projeto Terapêutico Singular, que busca inserir a pessoa com transtorno mental na vida comunitária, dinamizando seus laços e trocas sociais, o que se traduz em inovações assistenciais.

Nesse contexto, a atenção à saúde mental é descentralizada das capitais e do modelo manicomial, ganhando diferentes territórios e atravessando as diferentes políticas sociais, haja vista, que a saúde isoladamente não contempla a complexidade das necessidades da pessoa com transtorno mental, requerendo a intersetorialidade, convocando ações de outras políticas sociais, o que é reforçado por ações em rede, a partir do Decreto 7.508/2011 e da institucionalização da Rede de Atenção Psicossocial, em 2011, pela Portaria 3088. Apesar dos avanços, o processo ocorreu de maneira contraditória e eivado de resistências, sobretudo por parte de alguns setores da categoria médica e de setores empresariais da saúde. Também se deparou com os avanços do ideário neoliberal, incorporado na dinamização da política social brasileira, a partir dos anos 90, que postula o “Estado mínimo” para os gastos sociais, especialmente, em saúde.

A reforma psiquiátrica e seu ideário inscrito como política social se irradia no território brasileiro, tendo repercussões diferenciadas nos distintos Estados, a partir das conjunturas políticas e das forças sociais locais historicamente em disputas por modelos assistenciais distintos, para cuidar da pessoa com transtorno mental.

O processo de reforma psiquiátrica no Piauí e seus principais atores

O Piauí é um estado situado na região Nordeste do Brasil. Conforme o Censo de 2010 do IBGE, conta com 3.118.360 habitantes, distribuídos em 224 municípios, mais de 70% configurado como município de pequeno porte.

A assistência em saúde mental do Estado esteve historicamente concentrada na capital, Teresina. Por meio de dois hospitais psiquiátricos, sendo um público sob a gestão estadual, Hospital Areolino de Abreu, criado em 1907; e o outro privado, conveniado ao Sistema Único de Saúde - SUS, Sanatório Meduna, criado em 1954. O primeiro configurou-se como o epicentro dos embates terapêuticos e políticos da área, abrigo em seu interior a Residência Médica e a sede da filiada local da Associação Brasileira

de Psiquiatria, as quais representam a categoria médica, que, historicamente, comandou os serviços assistenciais locais.

A categoria médica local sempre teve importância estrutural na atenção à saúde mental, pois, além de toda cautela, a pessoa com transtorno mental está centralizada em diagnósticos e consultas médicas, via ambulatório público ou consultório particular. Na deliberação por internação, também, conformou-se como ator político importante no processo de alterações assistenciais, tanto por forjar melhorias e ampliações assistenciais (a exemplo de lutas pela incorporação do psiquiatra no interior da assistência de hospitais gerais ou criação de hospitais-dia), quanto por buscar influenciar as ações públicas, mediante a Associação Comunitária de Saúde Mental, criada em 9 de outubro de 1980, que passa a organizar as jornadas de psiquiatria, em que o modelo assistencial constava na programação. Também influenciam a proposta de lei estadual, tais como a apresentada pelo Deputado Wilson Martins, em 1999. (ROSA, 2003)

O processo de reforma psiquiátrica no plano local inicia-se morosamente, tendo como principal ator a Coordenação de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, que, com financiamento assegurado pela Portaria nº 1.455/2003, busca, por meio de ações indutoras, reorientar a assistência, mediante duas ações conjugadas, na expectativa de serem sinérgicas: a redução no número de leitos nos hospitais psiquiátricos locais e a disponibilização de recursos para criação e expansão dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, em todo território nacional.

Nesse desenho, de um modo geral, os trabalhadores de saúde mental no contexto local pouco influenciaram e compreenderam o jogo de forças que se estabelecia, atuando nos serviços de maneira técnica, secundarizando os processos políticos inerentes a toda prática social, apesar da dinamização de processos formativos, baseados na atenção psicossocial, que o próprio Ministério da Saúde financiou, a partir do ano 2003. (ROSA, 2005)

Paradoxalmente, alguns trabalhadores do próprio Hospital Areolino de Abreu contribuem com processos desinstitucionalizantes, inerentes à reforma psiquiátrica. De um lado, uma equipe foi constituída, em 2004, para elaborar e coordenar o projeto de criação de Serviços Residenciais Terapêuticos, com base na Portaria GM nº 106/2000 e nº 1.220/2000, do Ministério da Saúde (COSTA, 2008). São identificados 32 pacientes moradores do Hospital Areolino de Abreu, sendo 18 considerados em condição

para morar na comunidade, ou seja, 56,2%.

Em 2004, 17 anos depois da criação do CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo, o primeiro do Brasil, foram criados os primeiros CAPS do Piauí, na capital, Teresina. O primeiro a ser habilitado pelo Ministério da Saúde foi o CAPSI voltado para o público infanto-juvenil (ROSA, 2008), criado sob a liderança do psiquiatra Dr. Carlos Alberto Soares, sob gestão estadual, funcionando conjugado ao Hospital Areolino de Abreu, até o ano 2016. O segundo foi o CAPS voltado para os consumidores de substâncias psicoativas, sob a coordenação do psiquiatra Dr. Mauro Passamani, sob gestão da Fundação Municipal de Saúde de Teresina.

Há resistências na criação de CAPS pelos gestores, sobretudo da capital, e até por parte de alguns profissionais do estado, o que se materializa na criação e na expansão de hospitais-dia, sobretudo na cidade de Picos e Parnaíba. No final de 1990, na “contramão” dos processos substitutivos, tais serviços se orientavam financeiramente pelos mesmos procedimentos dos hospitais psiquiátricos e autorizações de internações psiquiátricas.

Em 2001, foi criada a Âncora – associação de usuários, familiares e interessados na causa da saúde mental. Ela passou a promover eventos em torno do dia da luta antimanicomial, fomentando o protagonismo de usuários e seus familiares, com a perspectiva de difundir os princípios da reforma psiquiátrica entre trabalhadores e a população em geral. Buscou-se influir, também, na produção de uma legislação local asseguradora de direitos e cidadania da pessoa com transtorno mental.

Apesar da crescente redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos locais, com base na Portaria GM nº 52, de 2004, conjugadas as avaliações da qualidade assistencial dos mesmos, mediante o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares PNASH – Psiquiatria, como estratégia indutora da Coordenação de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, para pressionar os gestores locais a reorientar a assistência. Até o final de 1990, poucas alterações foram observadas.

O Ministério Público passa a ser acionado por várias forças sociais, em disputas por influenciar a configuração do modelo assistencial local. De um lado se situam as “forças mais conservadoras”, ou seja, que lutam pela permanência do status quo, em prol da manutenção (YASUI, 2010), e até ampliação do número de leitos em hospitais psiquiátricos, empregando como principal argumento o risco de

desassistência e até desemprego dos trabalhadores dos serviços tradicionais. Essas forças são representadas, preponderantemente, pela categoria médica, embora não exclusiva. De outro lado, se colocam alguns trabalhadores, representantes de movimentos sociais e a coordenação/gerência estadual de saúde mental, que procuram contribuir para efetivar as inovações postas pela Política Nacional de Saúde Mental.

No jogo de forças sociais localmente construída, o Ministério Público se situa como o principal ator político impulsionador do processo de mudança assistencial, uma vez que os Termos de Ajustamento de Condutas passam a pressionar os gestores para criação de CAPS e outros dispositivos que assegurem a qualidade assistencial e, conseqüentemente, a cidadania da pessoa com transtorno mental. Como analisa Oliveira (2011):

Os dois hospitais, com 200 leitos cada um, reduziram 80 leitos no conjunto para garantir uma diária mais competitiva. O gestor daqui não se importou com a diminuição e os CAPS (Norte e Leste) foram implantados por determinação do Ministério Público, que ficou preocupado com a possível “dessistência” (...) Essa característica local, a participação do Ministério Público com a assistência em saúde mental e sua clara opção para as novas formas de atendimento, foi decisiva na construção da rede de serviços efetiva. (p.97,)

Dessa forma, em 2005, foram criados em Teresina dois CAPS, um na zona norte e outro na zona leste da cidade. Porém, os mesmos são insuficientes para atender a demanda em saúde mental da capital.

Em 2010, atendendo o compromisso de ajuste firmado com o Ministério Público Estadual, foram criados outros dois CAPS, em Teresina, na zona sul e sudeste, e o CAPS III e 10 leitos para atenção aos consumidores de substâncias psicoativas, na capital, no popularmente conhecido como “Hospital do Mocambinho”.

Um outro ator político importante foi a Gerência estadual de saúde mental, da Secretaria de Estado da Saúde – SESAPI. A partir de 2004, elaborou um plano estadual de saúde mental orientado pelos princípios da reforma psiquiátrica e, com essa base, começou-se a dinamizar as gestões para convencer os gestores de municípios aptos a criar CAPS, para implantá-los, com base nos recursos orçamentários disponibilizados e repassados pelo Ministério da Saúde.

Como consequência desse processo, em 2005, ocorreu o “boom”

na criação de Centros de Atenção Psicossocial no interior do Estado. Ressalva-se que a Gerência Estadual de Saúde Mental, também, teve um papel importante na difusão dos princípios da reforma psiquiátrica no Piauí, com os eventos que promove, anualmente. A SESAPI e o governo do estado, como um todo, também foram atores políticos propulsores da reforma psiquiátrica no Piauí, haja vista o Estado assumir a criação e a coordenação de serviços na capital, na contramão do processo de municipalização, tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos, o CAPSI e os leitos para consumidores de substâncias psicoativas, no Hospital do Mocambinho.

Em 21/09/2009, o Ministério Público convocou uma audiência pública para ouvir a sociedade e os atores envolvidos no processo de redução dos leitos psiquiátricos propostos pelo Ministério da Saúde, visando coibir possível desassistência aos pacientes psiquiátricos. Estavam presentes representantes do Ministério da Saúde, secretários de saúde do Estado e de municípios, sociedade de psiquiatria, associações de pacientes e familiares, profissionais e conselheiros de saúde, diretores de hospitais, fiscais da vigilância sanitária, universidades, advogados e sociedade civil. Após ricas e acaloradas discussões, um acontecimento inesperado acelerou os processos de reforma psiquiátrica no Estado. Os dirigentes do Hospital Psiquiátrico Sanatório Meduna informaram o risco de encerramento das atividades do serviço, alegando como principal problema o baixo valor da diária recebida (ROSA, et al, 2011). Nesse contexto, a direção do Sanatório Meduna avança como saída o aumento no valor da diária de internação ou a criação do Instituto Clidenor de Freitas Santos.

O Ministério Público Estadual e a Secretaria de Saúde do Estado, em conjunto com a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, acordaram a realização de uma avaliação situacional e de diagnóstico do Sanatório Meduna, sendo ampliada a análise para a realidade assistencial do Hospital Areolino de Abreu. Para tanto, é constituída, nos autos do Inquérito Civil em tramitação, na Promotoria de Justiça, uma comissão multiprofissional com o escopo de avaliar a situação clínica, jurídica e social dos pacientes internados nos dois nosocômios, além de acompanhar as ações de reestruturação da rede de saúde mental.

Com a constatação de uma realidade infraestrutural e assistencial degradante e degradada do primeiro, é proposta pela sobredita Comissão a redução do número de leitos do serviço e até o descredenciamento dos leitos psiquiátricos do SUS (ROSA et al, 2011). Revelou-se uma “situação de desassistência médica-

hospitalar, ante a ausência de projeto terapêutico individualizado, de insuficiência de alimentos, medicamentos, insumos e até de cuidados pessoais mínimos de higiene dos pacientes ali internados.” (SEABRA, TAC, 2009).

Novos compromissos foram celebrados entre o Ministério Público, o Secretário Estadual de Saúde e o Presidente da Fundação Municipal de Teresina - FMS, numa clara demonstração de vontade política de minimizar o quadro indigno de cuidado com cerca de 200 pacientes internados no Sanatório Meduna. Passaram a ser fornecidos gêneros alimentícios, materiais médico-hospitalar de consumo e material de limpeza, medicamentos, colchões, roupas de cama e até vestuários. É importante destacar o trabalho ético realizado pelas equipes técnicas da SESAPI e da FMS, que integraram a Comissão, para redefinição da forma de assistência e do próprio modelo de atenção em saúde mental.

Os dois governos, mesmo em conflito pré-eleitoral, trataram de suas responsabilidades com uma cooperação mútua inimaginável em situações políticas conflitantes como essa, sendo responsáveis por ações que geraram uma atenção em Saúde Mental ímpar para o país, numa cidade em que, bem pouco tempo atrás, girava em torno de um modelo centrado na internação. (OLIVEIRA, p.132, 2011)

Fica também evidenciado que predomina entre os internos do Sanatório Meduna e do Hospital Areolino de Abreu pessoas residentes no município de Teresina, e que há, implicitamente, uma divisão de trabalho entre o Hospital Areolino de Abreu e o Sanatório Meduna, com o segundo, figurando como prioritariamente um serviço de atenção aos consumidores de substâncias psicoativas, haja vista 44% dos internos terem diagnóstico relacionado ao consumo dessas substâncias.

Diante desse quadro, várias ações estruturantes e conjugadas foram propostas e algumas efetivadas pelo Ministério Público do Piauí aos gestores da saúde do Estado e de Teresina, principalmente, ao gestor da capital. Tais ações propuseram: criação do CAPS III de Teresina; criação de leitos em hospitais gerais (com 4 leitos, no Hospital da Primavera, gerido pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina); criação da Enfermaria Transitória de Atendimento à Crise (ETAC), no Hospital Areolino de Abreu, a partir de 2010, com a função de regular as internações integrais; em 29/03/2010, foi inaugurado o Serviço de Referência Hospital para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas, no Hospital do Mocambinho, em Teresina, com 10 leitos.

O Sanatório Meduna encerrou suas atividades no dia 23 de maio de 2010.

A cidade estava em paz na companhia de seus loucos. E esses tinham a atenção dos novos serviços distribuídos na cidade, para que fossem acompanhados na sua comunidade, no seu lugar de construção da existência. Não se pode construir o existir quando se é sequestrado do seu lugar no mundo. E o hospital não é morada de ninguém. Von Meduna retira-se sem fazer falta a uma cidade que passou a saber conviver e tratar seus loucos na diversidade e na acolhida que os novos tempos anunciam. (OLIVEIRA, 2011, p. 132)

Atuação do Ministério Público do Piauí no asseguramento de direitos e qualidade de vida da pessoa com transtorno mental, por meio da atenção comunitária

A legislação brasileira é irreparável na proteção dos direitos das peças com transtornos mentais, mas há um grande distanciamento entre as leis que regem a saúde pública no nosso país e a dura realidade vivida pela população que precisa do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988 é um marco histórico sem precedentes, no que tange ao modelo assistencial de saúde no Brasil, ao inscrever em seu texto o direito à saúde, porque jamais outro texto constitucional brasileiro o havia feito. Nos artigos 196 e 200, considerou-se a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, qualificando expressamente as ações e serviços de saúde como de relevância pública, ou seja, a política pública de saúde deve se sobrepôr a qualquer outra política, já que saúde é corolário do direito à vida, bem supremo do ser humano.

Por outro lado, observa-se, também, um distanciamento recorrente entre o discurso e a prática de gestão. As instituições falham quando se trata de implementar políticas públicas que assegurem a fruição de direitos fundamentais prestacionais, especialmente, na área da saúde, mesmo conhecendo os meios para efetivá-las.

A integração das ações municipais, estaduais e federais, a interdisciplinaridade e intersetorialidade são imprescindíveis para dar eficácia aos direitos fundamentais previstos no art. 6º, da Carta Magna, e para alcançar os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil.

O fato é que, a partir do preceituado na Constituição Federal e nas leis orgânicas (LF nº 8080/90 e 8142/90), a saúde foi alçada a novo patamar conceitual, aumentando a responsabilidade do Estado (gênero) e dos demais atores institucionais envolvidos no processo de formulação, execução, fiscalização e avaliação de políticas públicas, com o propósito de assegurar a todos o bem-estar físico, mental e social a que fazem jus preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

Vivencia-se uma época de crises variadas: econômicas, éticas e de crescentes necessidades por superar, e o Direito não pode se isolar das demais ordens socioculturais que concorrem à sua produção. A garantia de realização ou a não e da superação das necessidades deve ser considerada à vista da efetivação dos direitos fundamentais e de cidadania.

Necessidade é uma situação ou estado de caráter não intencional e inevitável que se constitui como privação daquilo que é básico e imprescindível e coloca a pessoa – individual ou coletiva – em relação direta com a noção de dano, privação ou sofrimento grave, um estado de degeneração da qualidade de vida humana e de bem-estar a qual se mantém até ser obtida uma satisfação que atue em direção reversa. (GUSTIN, 2009, p.14)

Tudo aquilo que interfere, de forma direta ou indireta, na qualidade de vida das pessoas e dos grupos em relação às suas atividades essenciais, tornando-as insuficientes frente ao seu grupo social, constitui-se como dano, privação ou sofrimento grave. (GUSTIN, 2016, p. 33)

O Estado Democrático de Direito, conquistado a partir da mobilização da sociedade civil, é fundado a partir do princípio da inclusão e da dignidade humana. Assim, espaços sociais se ampliaram e as lutas pela garantia de direitos e de políticas públicas eclodiram. Nesse contexto, em todo o país, organizaram-se movimentos e associações, buscando dar visibilidade às pessoas com transtornos mentais, até então, guardadas em asilos, cárceres domésticos e hospitais psiquiátricos.

A imbricação do valor sanitário (lato sensu) com a vida social se revela por recíprocas, relevantes e complexas relações que nela mesmo se estabelece. Eis que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. A saúde da população, aliás, é medida por níveis que expressam a organização social e econômica do País”. (Art. 3º, caput, LF n. 8080/90)

No dizer do Procurador de Justiça do MPPR, Marco Antonio Teixeira:

“o Ministério Público, através de seus membros, possui a especial atribuição de atuar na preservação do direito à saúde (tanto na sua vertente individual, quanto na social, cf. art. 6, da CF) e dos interesses resultantes de atividade(s) públicas das quais decorram insuficiência(s) ou omissão(ões), além de fazer por consolidar e concretizar as políticas públicas de saúde que orientam o SUS, buscando sempre se realize seu mais adequado grau de resolutividade. Tal imposição provém de seu dever em face dos interesses sociais e individuais indisponíveis previsto no art. 127, da C.F.”.

Evidente que essa atuação ministerial, com vistas à efetividade do direito à saúde, pauta-se nos fundamentos da cidadania, da dignidade da pessoa humana; no respeito à liberdade, à autonomia; e, nas diretrizes da reforma sanitária e psiquiátrica.

Foi nesse contexto e sustentada por esses fundamentos que se deu a atuação do Ministério Público do Piauí, na perspectiva de assegurar a direção de uma atenção às pessoas com transtornos mentais e usuárias de álcool, crack e outras drogas.

Uma nova forma de atuação na garantia de direitos na área da Saúde Mental

Romperam-se os paradigmas institucionais. A primeira providência foi pautar o assunto nas agendas internas da Instituição, através do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde, de Promotores de Justiça, do Conselho Superior e da Corregedoria-Geral do Ministério Público do Piauí, para redirecionar o olhar e a atuação finalística, envidando esforços no sentido de reconhecer e implementar os direitos da pessoa com transtorno mental garantidos pela Constituição Federal e enumerados na Lei nº 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica – que dispõe sobre a

proteção e os direitos desses cidadãos e cidadãs; e redireciona o modelo de atenção à saúde mental.

A premissa era: a pessoa com transtorno mental é sujeito de direitos (art.1º da Lei 10.216\2001) e como tal deve ser vista e defendida pelo Ministério Público.

A interdição judicial da pessoa com Transtorno Mental passou a ser vista pelos Promotores de Justiça com cautela e reservas, conforme disposto na Lei 10.216/2001, apenas deve ocorrer em situações em que seja a única possibilidade de gestão social da pessoa. E, caso venha a ocorrer, ser fiscalizada com rigor pelo Ministério Público, numa demonstração de proteção para aquelas pessoas que, em razão de uma condição pessoal – enfermidade psíquica, debilidade mental, transtornos que atingem o conhecimento, o sentimento e a vontade – não possuem o necessário discernimento para decidir por si mesmas as questões de sua vida pessoal.

Concomitantemente, passou-se a criar agendas de contatos rotineiros com gestores, conselheiros de saúde, pacientes, associações de familiares de pacientes, profissionais da saúde e conselhos de classe. Abriam-se as portas das Promotorias de Justiça do Piauí e seus membros assumiram o papel de verdadeiros articuladores-políticos, agindo dentro do Sistema de Saúde Pública, em parceria com os atores da saúde, como “catalisador das demandas sociais e indutor das políticas públicas” necessárias à construção da Rede de Atenção Psicossocial do Piauí. Para tanto, indispensável que os gestores públicos contemplassem em seus planos e programas de governo as ações, os serviços e os equipamentos necessários à prestação de cuidados com as pessoas com transtorno mental, inclusive os usuários de álcool e outras drogas, cujos atendimentos devem se dar, preferencialmente, na rede de saúde pública do SUS, em regime de cooperação e descentralização com a secretaria estadual de saúde e municípios.

Nesse processo, cabe ao Parquet a promoção do diálogo entre os gestores envolvidos, identificando responsabilidades e cobrando soluções. O art.3º da Lei nº 10.216\2001, diz que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família. Ou seja, é responsabilidade das Secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde a implantação dos serviços de saúde que garantam o direito das pessoas com transtornos mentais.

Um dos maiores desafios para a efetivação de direitos na área da saúde mental é a integração e conjugação de atuações que envolvam solidariedade e o entrelaçamento na procura de soluções para problemas complexos como são os que envolvem pessoas com doenças psíquicas e as dependentes de álcool, crack e outras drogas. A compreensão de saúde deve se dar por meio de uma concepção ampla e multidimensional, em que é preciso considerar as singularidades e os diferentes cenários que integram o viver saudável dos indivíduos em seu contexto real. Portanto, imperioso reconhecer a importância de todos os saberes.

A essência da democracia é a participação, o diálogo, a produção de consensos baseados na escuta e a compreensão da fala das pessoas com diversidade de saberes e posicionamentos. Ao Ministério Público, cabe esse engajamento intersubjetivo, a troca de experiências dialógicas em que todos têm algo a aprender com o outro. Assim, procedeu o Ministério Público do Piauí diante dos tensionamentos trazidos pelo fechamento dos 200 leitos do Sanatório Meduna e encerramento total das atividades da instituição, em 2010, e a correlação de forças posta pelos diferentes atores que se pronunciaram em relação à matéria.

A necessária construção dialogal entre Saúde e Direito

É fato que a efetivação do novo modelo de assistência trouxe resistências e tensões. Temas candentes precisavam ser enfrentados com coragem, conhecimento e integração. A tônica era o do olhar para o benefício do coletivo em detrimento de ideologias ou interesses particulares ou de classe. Antes, tinha-se o hospital psiquiátrico e, por conseguinte, a internação psiquiátrica, como o principal dispositivo de cuidado da rede de saúde mental. O artigo 4º, caput e §1º, da Lei nº 10.216\2001, estabelece que a internação, em qualquer das suas modalidades (voluntária, involuntária e compulsória), só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, e o tratamento visar, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente.

A saúde é uma questão social de responsabilidade do Estado e dos cidadãos que pressupõe o envolvimento das instâncias jurídicas e sociais. Nas últimas décadas, o diálogo entre os diferentes atores do Sistema de Saúde e de Justiça tem se intensificado com vistas à garantia de acesso à saúde para a população.

A mudança do modelo assistencial em saúde mental trazido pela Lei nº 10.216\2001, também impulsionou a comunicação entre o Ministério Público, a Sociedade de Psiquiatria e os gestores de serviços de saúde mental habilitados para internação de pacientes. No seu art. 8º, § 1º, prescreve que a internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento, no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando há respectiva alta. Adiante, no parágrafo segundo, assevera que o término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Ademais, a sobredita Lei estabelece que toda e qualquer internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os motivos. De igual forma, não é permitido a quaisquer dos atores do sistema de justiça e familiares proceder a internação de paciente sem que seja referendado por uma autorização médica (laudo). Vê-se que a mens legis possibilitam uma segurança para o próprio paciente e para os demais atores envolvidos, numa sinergia de cuidados e responsabilidades recíprocas.

Nesse esteio, ajustar a linguagem técnica da medicina e do direito, também, se faz imperiosa. Não são poucos os embates entre os profissionais da própria área da saúde, como: medicina, inclusive, a medicina legal e da perícia médica, psicologia, enfermagem, serviço social e terapia ocupacional. E outros tantos embates se dão entre esses profissionais, os familiares de pacientes e os profissionais do sistema de justiça.

No Piauí, foram realizadas reuniões temáticas, rodas de conversa e seminários que resultaram na percepção de que não mais é possível uma atuação isolada, incomunicável e distanciada dos demais atores sociais, tampouco, dos demais membros ministeriais que atuam em áreas conexas como a deficiência e o idoso, a infância e a juventude e mesmo o patrimônio público. Todos os membros devem estar comprometidos com o objetivo estratégico da República (art.3º, da CF) que é a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, na qual o desenvolvimento nacional deve estar voltado para a erradicação da pobreza e da marginalização, para a redução das desigualdades sociais e regionais e a promoção do bem comum. Enfim, ter a consciência de que a unidade institucional passa pelo cumprimento desse

objetivo e que seus membros devem agir de forma integrada, quando necessário, para que possam compreender a prática transformadora que incumbe à Instituição.

O envolvimento da Corregedoria-Geral do Ministério Público do Piauí na reconstrução da cultura institucional orientada para consolidação dos direitos de cidadania e cuidados comunitários das pessoas com transtorno mental

O Ministério Público do Piauí atento a essa dinâmica social fomentou a atuação extrajudicial dos seus membros. Era preciso ser capaz de buscar as resoluções das demandas internamente, dentro da Promotoria de Justiça, com um mínimo de judicialização possível. Não mais era possível uma visão reducionista do problema posto ao Promotor de Justiça, cuja solução exige uma visão sistêmica que abrange a compreensão do modelo de saúde mental vigente, do conhecimento da rede de serviços, para o cuidado, o tratamento e as responsabilidades dos diversos atores envolvidos.

OLIVEIRA (2011), ao analisar o processo de reforma psiquiátrica piauiense, destaca o Ministério Público como “o cavaleiro do quarto poder” (p.117). Pressionado com os riscos de desassistência e denúncias de violação de direitos humanos, inclusive pela degradação da assistência prestada pelo ente privado conveniado ao SUS, essa instância/instituição (MPPI) procurou atuar na produção de consensos mínimos entre os diferentes atores, com distintos projetos e intencionalidades.

Nessas circunstâncias, as audiências públicas se constituíram como ferramenta fundamental para a manifestação democrática das diferentes leituras sobre a matéria e para conhecimento dos distintos direcionamentos, incluindo várias categorias de trabalhadores (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicológicos, dentre outros), representantes da academia, dos movimentos sociais, das instituições gestoras da saúde/saúde mental, dos diferentes níveis organizativos do SUS. Logo, constitui-se um campo de diálogo multidisciplinar, pela própria complexidade que atravessa a questão, envolvendo muitas pessoas hipossuficientes, algumas interdadas e estigmatizadas, conseqüentemente, com muitas barreiras para se organizar e vocalizar suas necessidades sociais.

Uma outra ferramenta fundamental foram os Termos de Ajustamento de Conduta – T.A.C, firmados com base na Lei nº 7.347, de 14 de julho de 1985. Os T.A.Cs, permitiram reforçar e estabelecer responsabilidades, adequando e definindo atribuições/competências dos diferentes entes envolvidos; consolidar os termos das negociações e acordos estabelecidos; e estipular prazos a serem cumpridos.

Nesse contexto, destaca-se a participação da Corregedoria-Geral, no exercício de sua função orientadora, de estimular a implantação de uma nova cultura institucional orientada para consolidação dos direitos de cidadania e cuidados comunitários das pessoas com transtorno mental.

Em 12 de setembro de 2014, foi assinada a primeira Recomendação conjunta da Corregedoria-Geral e do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde, dispondo sobre a atuação dos Promotores de Justiça, em casos de requerimentos de internação psiquiátrica para pacientes com transtorno mental e pacientes com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Assim, recomendam aos Promotores de Justiça que:

1. Na apreciação dos requerimentos de internações psiquiátricas, suas decisões sejam precedidas de diligências ministeriais e não apenas baseadas em termos de declarações de familiares, ainda que, instruídas com documento médico indicando a internação;
2. Abstenham-se de utilizar a internação psiquiátrica como o primeiro recurso terapêutico, uma vez que tal iniciativa afronta a Política de Saúde Mental em vigor, que aponta os recursos de base comunitária (CAPS, Atendimento Ambulatorial, Unidades de Acolhimento, Urgência e Emergência de Hospitais Gerais ou UPA e Comunidades Terapêuticas) como os mais indicados para uma exitosa reinserção social do dependente químico, haja vista ser a internação o recurso menos eficaz, por ser, necessariamente, de curta duração e segregar o usuário, enquanto o tratamento do dependente químico, via de regra, é de longa duração;
3. Nos casos de requerimentos de internação psiquiátrica de portador de transtorno mental ou dependente químico, mesmo diante do laudo médico circunstanciado dos motivos da internação,

realizem as seguintes diligências antes de deliberar acerca da atuação de forma a garantir ou não o tratamento médico de internação:

3.1. Notifiquem a Secretaria Municipal de Saúde para esclarecer se restaram esgotados todos os recursos terapêuticos extra-hospitalares em favor do usuário;

3.2. Requistem informações pormenorizadas de eventual acolhimento do usuário na rede municipal de serviços; e

3.3. Requistem esclarecimentos da falta de êxito do tratamento ambulatorial em aberto;

4. Realizadas as diligências especificadas no item 3, permanecendo configurada a necessidade e pertinência da internação, atuem para efetivação da internação involuntária, por intermédio dos órgãos do SUS, quais sejam, a Secretaria Municipal de Saúde, Central de Regulação de Leitos e/ou o próprio estabelecimento hospitalar do município, sem a intervenção judicial;

5. Nos casos de intoxicação e síndrome de abstinência, adotem providências para a internação do dependente químico em hospital geral, de modo que, o Hospital Psiquiátrico, prioritariamente, seja destinado para o atendimento de portadores de transtorno mental.

6. Adotem providências para que o Ministério Público e o Poder Judiciário não assinalem tempo de duração da internação, por se tratar de espaço médico exclusivo, conforme art.8º, § 2º, da Lei 10.2016/2001;

7. Atendem para o fato de que a busca insistente pela internação psiquiátrica tem origem em vazios assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial e, assim a tutela ministerial deverá se voltar, preferencialmente, para a atuação coletiva do problema, primando pelo acolhimento das demandas por tratamento de usuários/ dependentes químicos em toda a rede de serviços e não apenas no âmbito da assistência hospitalar;

Registre-se que o conteúdo dessa Recomendação foi aprovado pela Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS), do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) e a tomada de decisão para sua expedição fora resultado da apropriação pelos integrantes da Corregedoria do MPPI, dos projetos do Centro

de Apoio Operacional de Defesa a Saúde na área da saúde mental, do envolvimento dos mesmos nas reuniões temáticas, nos seminários de Saúde Mental e nos diálogos com gestores da saúde e Promotores de Justiça, no âmbito da Instituição. Daí, realçar a percepção das Corregedorias do Ministério Público como importantes órgãos de promoção da efetividade institucional.

Considerações Finais

Os princípios do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, ao serem incorporados na política pública de saúde mental do Ministério da Saúde, traz como principal desafio o desmonte de todo aparato que deu sustentação ao modelo manicomial, e, conseqüentemente, a todo processo que esteve subjacente à violação de direitos humanos e exclusão da cidadania da pessoa com transtorno mental.

Desde os anos 90, novos processos de produção de uma outra forma de cuidar da pessoa com transtorno mental, em liberdade e com qualidade de vida, reinserindo-a no meio social e com base em sua cidadania, torna-se imperativo, para reorientar a relação da sociedade com a loucura. Mas, a reforma psiquiátrica se construiu em cada lugar e em cada Estado brasileiro, a partir das particularidades, conjunturas e forças sociais e políticas locais.

No Piauí, as principais forças que buscaram obstar avanços nesse processo se manifestou em alguns segmentos dos profissionais da saúde e, alguns gestores resistentes aos investimentos em um segmento com parca organização política e estigmatizados/desqualificados socialmente. As principais forças impulsionadoras dos processos de mudança assistencial foram: a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Gerência de Saúde Mental e o Ministério Público Estadual, com um papel de destaque para a concretização do processo no plano local, através das audiências públicas, dos Termos de Ajustamento de Conduta e de Recomendações aos gestores de saúde e, posteriormente, aos Promotores de Justiça. Inter \ trans\ intra foram termos incorporados à atuação responsável e estruturante do Ministério Público piauiense na área da Saúde Mental, assumindo a posição de partícipe da construção social do direito à saúde. Para tanto, exigiu-se a observância do conhecimento técnico especializado da ciência médica, o respeito à autonomia do médico assistente e prescritor, bem como dos respectivos projetos terapêuticos singulares.

O Ministério Público do Piauí se consolidou como um agente de transformação social, atuando como um interlocutor essencial na implementação dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica no Estado, mediante a produção de espaços de trocas e otimização de saberes, competências e pactuações forjadas processualmente em negociações e construção de parceria com os vários atores envolvidos na dinamização dos embates. O que foi possível construir de forma coletiva como resposta que contemplou minimamente a qualidade assistencial e o direito a um cuidado cidadão da pessoa com transtorno mental, efetivou-se na rede de atenção psicossocial desenhada e colocada em ação, em 2010.

Mas, a partir de 2011 com parte significativa do orçamento público da saúde mental destinado às ações de enfrentamento ao crack e a intensificação de reforço ao modelo manicomial em 2017, expresso no aumento dos valores das diárias das autorizações de internações hospitalares, de hospitais psiquiátricos, tendência de ambulatorização da atenção, precarização dos CAPS e reorientação dos recursos públicos da saúde para organizações não governamentais, com intensa precarização da rede pública de saúde, observa-se tendência regressiva na cidadania da pessoa com transtorno mental, com a volta de investimento no modelo manicomial.

Gilson Carvalho, médico sanitário, costumava dizer que “a vontade política do governo é expressa no orçamento”. Portanto, o momento exige redobrada vigilância do Ministério Público, defensor dos interesses mais relevantes da sociedade, para resguardar a dignidade da pessoa com transtorno mental. As conquistas consignadas até 2016, aparentemente, foram poucas, mas significativas em termos de qualidade de vida para a pessoa com transtorno mental, e qualquer retrocesso significa violação de direitos.

Referências

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP, 1995.

BASAGLIA, F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BORGES, A. M. R. Breve introdução ao direito internacional dos direitos humanos. P. 83-101. In: BORGES, A.; RODRIGUES, C.; FARIAS, E. (Org.). Iniciação ao estudo dos direitos humanos. Teresina: Halley, 2008.

BRASIL. Relatório de gestão 2003-2006: saúde mental no SUS, Acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CASTEL, R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COSTA, M. R.F. As residências terapêuticas no Piauí. P.31-38. In: ROSA, L.C.S. et al. Saúde mental & Assistência social: Tecendo a rede de experiências no Piauí. Teresina: EDUFPI, 2008.

DELGADO, P. G. As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

FARIA, J.E. Introdução: o judiciário e o desenvolvimento socioeconômico. P. 11-25. In: FARIA, J.E. (Org.) Direitos humanos, direitos sociais e justiça. São Paulo: Malheiros Ed., 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES, 2012.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa. Das necessidades humana aos direitos: ensaio de sociologia e filosofia do direito. 2ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.

OLIVEIRA, E. A incrível história de von Meduna e a filha do sol do Equador. Teresina: Oficina da Palavra, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. A proteção de pessoas com problemas mentais e a melhoria da assistência e saúde mental. Mimeografado.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Milão: OPAS, 1990.

ROSA, L.C.S. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, L.C.S. Panorama da assistência psiquiátrica no Piauí. Teresina: EDUFPI, 2005.

_____. CAPSI – reconstruindo experiências no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil Dr. Martinelli Cavalca. Teresina: EDUFPI, 2008.

_____. A política e as ações em saúde mental do Piauí: a dimensões transformadoras da década de 2000 a 2010. P. 15-40. In: ROSA, L.C.S et al (Org.). Política e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010. Teresina: EDUFPI, 2011.

SEABRA, Cláudia. Termo de Ajustamento de Conduta. Teresina: Ministério Público do Estado do Piauí, 2009.

VASCONCELOS, E.M. (Org.) Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

Yasui, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.