



REDE EDUCAMISSAMI
Faculdade
Santíssimo Sacramento

FACULDADE SANTÍSSIMO SACRAMENTO
BACHARELADO EM DIREITO

RUY ALMEIDA SILVA JÚNIOR

**AVALIAÇÃO DO PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO NO TOCANTE A PROTEÇÃO
DE PESSOAS COM TRANSTORNOS PSÍQUICOS: REVISÃO INTEGRATIVA**

ALAGOINHAS-BA

2023

RUY ALMEIDA SILVA JÚNIOR

**AVALIAÇÃO DO PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO NO TOCANTE A PROTEÇÃO
DE PESSOAS COM TRANSTORNOS PSÍQUICOS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Direito da Faculdade
Santíssimo Sacramento.

Orientador (a): Prof. Dr. Moacir Lira de Oliveira.

ALAGOINHAS-BA

2023

RUY ALMEIDA SILVA JÚNIOR

**AVALIAÇÃO DO PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO NO TOCANTE A PROTEÇÃO
DE PESSOAS COM TRANSTORNOS PSÍQUICOS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito para obtenção de título de Bacharel em Direito da Faculdade Santíssimo Sacramento.

Alagoinhas, ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador

Docente

Docente

RESUMO

A prática dos cuidados em saúde mental passou por profundas transformações nas últimas décadas, resultado de um complexo processo social que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica, posteriormente concretizada como Política de Saúde Mental. Cuidar e tutelar são aspectos que rotineiramente se confundem na abordagem às pessoas com transtornos mentais, sendo muitos os desafios necessários para a efetivação do modelo psicossocial. Este trabalho tem como objetivo analisar o papel do Ministério Público na garantia da efetividade das políticas públicas em saúde mental e colaborar no sentido de trazer possíveis reflexões que auxiliem na reinserção social e na solução de conflitos junto às famílias. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, realizada por meio de revisão bibliográfica. O estudo evidenciou que apesar de não haver um padrão de atuação frente as demandas de saúde mental, o Ministério Público atua combinando estratégias extrajudiciais e judiciais que visam minimizar o risco de retrocesso das políticas públicas que foram tão arduamente conquistadas.

Palavras-chave: Ministério Público. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental.

ABSTRACT

The practice of mental health care has undergone profound transformations in recent decades, the result of a complex social process that became known as Psychiatric Reform, later implemented as Mental Health Policy. Caring and guardianship are aspects that are routinely confused when approaching people with mental disorders, with many tensions and challenges necessary for the implementation of the psychosocial model. This work aims to analyze the role of the Public Prosecutor's Office in guaranteeing the effectiveness of public policies in mental health and to collaborate in order to bring possible reflections that help in social reintegration and in resolving conflicts with families. This is an integrative literature review, with a qualitative approach, carried out through a bibliographic review. The study showed that despite there being no standard of action in the face of mental health demands, the Public Prosecutor's Office works by combining extrajudicial and judicial strategies that aim to minimize the risk of setbacks to public policies that were so hard won.

Keywords: Mental health. Psychiatric Reform. Public Ministry

SUMÁRIO

Introdução	7
1. Revisão de literatura	9
1.1 Cesare Lombroso e a antropologia criminal	9
1.2 A história da loucura	10
1.3 Manicômio de Barbacena	11
1.4 Casa de Saúde Anchieta (CSA).....	12
1.5 A Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica	13
2. Saúde mental e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	16
2.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)	17
2.2 O papel da família e da sociedade no contexto da Saúde Mental.....	21
3. Fundamentos Jurídicos e Ministério Público	24
3.1 O Ministério Público	24
3.2 Lei 10.216/2001	25
3.3 Internação compulsória.....	29
4. A interação do Ministério Público com o processo de trabalho de um CAPS do interior da Bahia	31
4.1 Casos relevantes ao estudo	32
4.1.1 Relato 01:.....	32
4.1.2 Relato 02:.....	35
4.1.3 Relato 03:.....	37
4.1.4 Relato 04:.....	39
Considerações Finais	41
Referências Bibliográficas	42

INTRODUÇÃO

O direito à saúde mental está previsto na Constituição Federal como direito fundamental do cidadão. No Brasil, é amparado pela Lei Federal de nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção das pessoas com sofrimento psíquico, reconhecendo como direitos: o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, a serem tratadas com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a recuperação pela inclusão na família, no trabalho e na comunidade.

Nos termos do artigo 5º da Lei nº 13.146/15 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), a pessoa com deficiência será protegida de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante. Faz-se mister destacar que na Constituição Federal o Ministério Público é a instituição designada para atuar no resgate da cidadania de pessoas com transtornos psíquicos.

Partindo do que é observado na saúde mental no Brasil, nos desdobramentos que impactam diretamente no direito à saúde mental da população, e destacando como maior desafio na atual conjuntura a ineficiência de programas de governo para essa área, o presente trabalho tem o intuito de responder a seguinte pergunta norteadora: como o Ministério Público atua na tutela de pessoas com transtornos psíquicos que têm seus direitos violados?

Dessa forma, o objetivo geral deste trabalho monográfico é examinar o papel do Ministério Público em relação à proteção de pessoas com transtornos psíquicos, além de colaborar com reflexões que auxiliem na reinserção social e na resolução de conflitos junto às famílias. O estudo teve como objetivos específicos: destacar a importância dos fundamentos constitucionais, doutrinários e jurisprudenciais cabíveis ao direito à saúde mental; identificar o que fazer quando uma pessoa com transtorno psíquico tem seus direitos violados e compreender como pode ser comunicada a violação de direitos da pessoa com sofrimento psíquico.

Para atender aos objetivos supramencionados, a presente monografia estrutura-se da seguinte forma: no capítulo inicial a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS) será conceituada e apresentada, enfatizando o papel da família e da sociedade no contexto da saúde mental. O segundo capítulo abordará os fundamentos jurídicos relacionados a temática supracitada, com foco na Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e direitos das

pessoas portadoras de transtornos mentais. O capítulo três discorrerá sobre a interação do Ministério Público com o processo de trabalho de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do interior da Bahia.

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada por meio de revisão bibliográfica a partir da consulta a livros, artigos e periódicos publicados com o tema principal abordado, assim como através da literatura jurídico-científica. Foram selecionados artigos publicados a partir de 2019, utilizando como técnica de análise de dados a categorização temática que abordasse o mesmo assunto. O método utilizado foi o indutivo, visando chegar em conclusões mais amplas do que o conteúdo das premissas nas quais está ocorrendo a fundamentação.

Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010) a revisão integrativa surge como uma metodologia que tem como objetivo a síntese do conhecimento e inclusão da aplicação de resultados de estudos com maior significado na prática. Revisita teorias e análise metodológica dos estudos sobre uma determinada temática e é considerado um instrumento de pesquisa da Prática Baseada em Evidências (PBE).

No tocante a linha do tempo desenvolvida nos relatos práticos sobre pacientes de um CAPS localizado no interior da Bahia, foi realizada revisão de prontuários fornecidos pela instituição em questão, com autorização prévia da Secretaria de Saúde municipal. É uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, uma vez que não possui o intuito de obter números como resultados, mas sim encontrar o caminho para a tomada de decisão correta sobre a questão norteadora da pesquisa.

O presente trabalho busca trazer reflexões que colaborem na perspectiva de garantir a efetividade das políticas públicas que auxiliem o Ministério Público na tutela à saúde mental, levando em consideração as ideias dos autores aqui apresentados.

1.REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Cesare Lombroso e a antropologia criminal

O médico italiano Cesare Lombroso, considerado o pai da criminologia, é autor da obra *O Homem Delinquente* (1846) e foi o responsável por elaborar uma corrente científica que surgiu no final do século XIX, baseada na escola positivista, que ficou conhecida como antropologia criminal. A referida corrente defendia a ideia de que no campo criminal havia o determinismo biológico, associado intrinsecamente a delinquência como fator hereditário.

Faz-se mister destacar que o determinismo biológico se baseia em estereótipos e foi criado como justificativa para considerar algumas etnias superiores as outras, a exemplo do nazismo de Adolf Hitler, que pregava a superioridade da raça ariana sobre as demais. Resta evidente que utilizando esse pretexto científico controverso como fundamentação para barbáries assustadoras da história da humanidade, vários líderes políticos mantiveram por longos períodos a dominação social.

No Brasil, a corrente lombrosiana surge num período delicado da história, em paralelo à abolição da escravatura e a um desenfreado êxodo rural que teve como consequência o aumento da violência dos grandes centros urbanos. Os estudos de Lombroso não questionavam a atuação das autoridades governamentais no combate às desigualdades sociais, e sim, colocavam os segmentos sociais marginalizados como responsáveis diretos pelo caos urbano, adotando constantemente discursos excludentes e racistas.

Ao elaborar a teoria da antropologia criminal, Lombroso foi influenciado pela frenologia de Franz Joseph Gall (1758-1828), médico alemão que se dedicou aos estudos da anatomia e da neurologia humana. Nascida no século XVIII, a frenologia defendia que ao analisar o formato do crânio era possível diagnosticar desde a inteligência até a delinquência do indivíduo.

Na obra *O Homem Delinquente*, o autor atribuiu ao fator hereditário a predisposição a patologias comportamentais, afirmando que através do fenótipo seria possível detectar a probabilidade de desvio de conduta, o que tornava possível a indicação dos degenerados. Em sua teoria da criminalidade, o pai da criminologia inter-relacionou a loucura moral e a epilepsia, caracterizando os criminosos com essas peculiaridades como seres não evoluídos, inferiores, que deviam ser considerados como crianças não abertas ao mundo dos valores; indivíduos com lesões cerebrais

surgidas por alguma forma de epilepsia. Definiu o louco como alguém que mantém sua inteligência preservada, porém com intensa ausência de senso moral (LOMBROSO,1906).

1.2 A história da loucura

Foucault (1972) destacou que a “grande internação” ocorreu no século XVII, época em que o mundo da loucura tornou-se o mundo da exclusão social. A internação do louco não obedecia a critérios médicos, sendo apenas utilizada como um instrumento político e social.

No Brasil, em 1903 o presidente da República sancionou o Decreto nº 1.132, primeira lei nacional que visava a assistência aos doentes mentais, que norteava o atendimento e reorganizava a assistência e o recolhimento dos alienados quando necessário. Diretor do hospital dos alienados, o baiano Juliano Moreira destacou-se entre 1837 a 1932 como psiquiatra, acumulando a atividade de ensino da psiquiatria (ABREU,2005). Sendo assim, o asilo passou a ser espaço da cura da razão, os alienados faziam parte do “mundo dos internos” e tinham em comum a incapacidade de participar da vida civil e política, conhecendo intimamente a exclusão social (CASTEL,1978).

A subjetividade humana sempre foi objeto de debate em vários contextos históricos, sendo diversas as narrativas desenvolvidas através dos estudos da psique. Esse interesse ainda é muito fomentado na atualidade, tendo em vista a busca incessante pelo entendimento e controle daquilo que constitui a essência do ser humano. Diversas práticas de assistência influenciaram a trajetória da saúde mental do Brasil, essas constantes transformações levavam em consideração tanto o contexto sócio-político e econômico quanto a própria forma de organização do sistema de saúde nacional.

A loucura já foi visualizada sob diversas perspectivas, e termos como “descontrole da razão”, “dispersão”, “desordem” e “distúrbio” eram utilizados com frequência para caracterizar um fenômeno psíquico que durante muito tempo gerou o aprisionamento e a exclusão dos tidos como “anormais” (NOBREGA, 2016).

Segundo Delgado (2011), pilares complexos sustentaram a loucura como doença mental, que passou a ser indicativo de periculosidade inerente ao “sujeito louco”, e

ainda hoje é amplamente utilizado como justificativa para imposição de uma medida de segurança.

Para Ferreira (2006), o direito penal e processual penal compreende a periculosidade como um estado de antissociabilidade que baseado nos déficits psíquicos do indivíduo, permite formar um juízo de probabilidade de uma delinquência futura. Ainda para o autor, partindo desse pressuposto, quanto ao lapso temporal não seria coerente imputar uma pena, uma vez que a periculosidade demandaria tratamento.

[...] assistimos a uma enxurrada de publicações médicas acerca do tratamento que deveria ser aplicado aos delinquentes e aos anormais em geral, tanto como medidas de prevenção à ocorrência de comportamentos social ou moralmente inaceitáveis, quanto como medidas terapêuticas, de cura, de regeneração dos degenerados recuperáveis ou de exclusão dos degenerados reincidentes irrecobráveis (MÉRIDA, 2009, p.13).

Durante muito tempo, o hospício foi elemento central dos modelos assistenciais para a loucura, possuíam estrutura predominantemente asilar e com práticas violentas e pouco higiênicas de cuidado. Quanto aos hospitais psiquiátricos, inúmeros foram os questionamentos sobre a superlotação, os maus tratos, o abandono e a crescente quantidade de óbitos. Essas críticas foram responsáveis por estimular propostas de reforma de cuidado em saúde mental no Brasil (PASSOS, 2018).

1.3 Manicômio de Barbacena

Fundado em 12 de outubro de 1903, em Barbacena, Minas Gerais, o Hospital Colônia de Barbacena, conhecido como holocausto brasileiro, iniciou suas atividades com o atendimento de pacientes com tuberculose, o que justificou a sua localização afastava das áreas centrais da cidade, tornando-o posteriormente, local ideal para a exclusão dos indivíduos marginalizados pela sociedade.

O hospital estruturava-se em prédios e pavilhões, onde eram encaminhados todos os indesejados pela sociedade, a exemplo de indigentes, homossexuais, prostitutas, viciados em ilícitos, alcoólatras e mendigos, sendo que boa parte deste público não tinha nenhum diagnóstico de transtorno mental. Muitas pessoas eram colocadas no manicômio pela própria família, com a justificativa de terem algum tipo de deficiência, como autismo e Síndrome de Down.

A tortura era o principal método utilizado para tratamento, com a utilização de solitárias, camisas de força e cadeira elétrica. Além disso, era comum que os internos passassem fome, sede e fossem submetidos a situações precárias. Esses métodos

foram responsáveis pela morte de mais de 60.000 (sessenta mil) pessoas, tendo o início do regime militar no Brasil (1964) como o período em que mais ocorreram óbitos no Hospital de Barbacena.

Segundo Daniela Arbex (2019), no referido hospital a destituição da humanidade era tão intensa que grande parte dos pacientes se mantinham totalmente despídos. Eles eram arrancados da sociedade e punidos, mantendo-se perpetuamente no corredor da morte sem identidade e em extrema vulnerabilidade. Além da mente, seus corpos eram expostos como se fossem bichos enclausurados em zoológicos humanos.

Após serem resgatados dos muros do manicômio, os internos já não sabiam mais como se comportar em sociedade, por isso, continuavam se alimentando com as mãos, dormindo e fazendo necessidades fisiológicas no chão e bebendo a própria urina. Mesmo sem querer, esses ex-internos agiam como “bichos” e perpetuavam em si o *status* da loucura, conforme foram tratados e ensinados, longe de saber que podiam ter dignidade.

Franco Basaglia (1979), psiquiatra italiano, comparou o referido manicômio com um campo de concentração nazista, afirmando que ainda hoje existem campos de concentração da morte, porém eles se apresentam mascarados pelo discurso de promoção da vida daqueles que merecem, enquanto que a exclusão dos “anormais” é justificada com um tratamento isolado. Sendo assim, o autor concluiu que os campos da vida real são os hospícios como o de Barbacena, locais onde se pode estabelecer uma relação próxima entre perversidade e morte.

1.4 Casa de Saúde Anchieta (CSA)

A Casa de Saúde Anchieta foi fundada em 1951 pelo psiquiatra e professor Edmundo Maia. Localizado em Santos, São Paulo, foi apresentado como o maior e mais moderno hospital psiquiátrico particular da América do Sul. Na casa dos horrores, como ficou popularmente conhecida a Casa de Saúde Anchieta, utilizava-se os métodos mais variados de tratamento, a exemplo do confinamento e espancamento. Era comum encontrar pacientes comendo nos latões onde defecavam, enjaulados e sem roupas. As mulheres não tinham acesso a absorventes íntimos, não existia controle sobre medicamentos e como forma de punição utilizavam eletrochoques nos pacientes considerados rebeldes.

Na CSA os quartos eram individuais, com portas de material reforçado e uma única abertura. Aplicava-se em muito pacientes a contenção física e a insulino-terapia. Onde cabiam 240 (duzentas e quarenta) pessoas tinham mais de 600 (seiscentas). A quantidade de óbitos crescia exponencialmente, normalmente ocasionadas por negligência, abandono ou excesso de eletroconvulsoterapia.

Além de pessoas com transtornos mentais a casa de saúde abrigava outros excluídos da sociedade, como alcoolistas e usuários de drogas. O lugar colecionava denúncias de superlotação, maus tratos e morte e seguia à risca a cartilha dos demais manicômios que se espalhavam pelo país. Em 1989, por iniciativa da prefeitura de Santos, ocorreu a intervenção da Casa de Saúde Anchieta. A medida marcou o início da luta antimanicomial no Brasil.

1.5 A Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica

Em 1970, de forma retraída, teve início um movimento sanitário que tinha como principal objetivo desinstitucionalizar os pacientes psiquiátricos, com a garantia de que seus direitos fossem respeitados, proporcionando formas de tratamento que não ferissem a dignidade da pessoa humana (GONÇALVES, 2010).

Como mecanismos concomitantes, a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica (RP) foram processos surgidos através da persistência de trabalhadores de saúde, usuários e familiares, que culminou com a transformação do sistema de saúde brasileiro no que diz respeito às políticas públicas voltadas para a desinstitucionalização da saúde mental, produzindo mudanças profundas na sociedade.

De acordo com Souza (2010), a luta antimanicomial foi um movimento ideológico, com o lema “por uma sociedade sem manicômios”. A luta contribuiu para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, contando com a participação intensa de profissionais de saúde, usuários e familiares, que juntos buscavam conquistar a cidadania e a inclusão social dos pacientes portadores de sofrimento psíquico.

Antes da Reforma Psiquiátrica, o modelo de saúde era centrado no ambiente do hospital psiquiátrico, onde o paciente era visto como um ser destituído de direitos, incapaz de assumir suas próprias condutas e submetido a tratamentos muitas vezes arbitrários, com procedimentos que se aproximavam da tortura. Com o objetivo de reformar o sistema de saúde vigente, tomou forma a Luta Antimanicomial, que ganhou

força através dos inúmeros movimentos sociais convocados durante mais de trinta e cinco anos de luta (AMARANTE, 2011).

A RP pode ser claramente dividida em duas fases. A primeira compreendeu o período de severas críticas ao modelo hospitalocêntrico, com duração de 1978 a 1991. A segunda fase teve início em 1992 e segue até os dias atuais, com o constante avanço da rede de serviços extra hospitalares (DELGADO, 2011).

Em 1987, orientada por Franco Basaglia, surge no Brasil a Reforma psiquiátrica, cuja finalidade central era o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a devolução dos pacientes com transtornos psíquicos para o lugar de humano que a doença, a sociedade e a medicina lhes tiraram. Para Basaglia (2009), o foco deveria estar na ocupação do sujeito em sua experiência, enquanto que a doença deveria ser colocada entre parênteses.

Segundo Paulo Amarante (2011), um desejo se destacava dentre tantos motivos para uma reforma psiquiátrica, que era o de devolver o lugar de humano que cabia ao “alienado”, dar-lhe a possibilidade de retorno ao convívio com a família e à sociedade, com o amparo de ser assistido dignamente como sujeito de direito. Ainda segundo o autor acima citado, havia certa urgência na criação de leis que norteassem as formas terapêuticas no sentido de oportunizar que o doente mental tomasse posse de si mesmo; o movimento da Reforma psiquiátrica visa colocar o doente em primeiro lugar, aponta para o direito da personalidade e para a dignidade da pessoa humana.

Nessa seara, surgem transformações significativas também no campo do direito, tendo em vista a necessidade de um olhar que não estivesse voltado apenas para a lei seca, mas sim, para a garantia da lei em todos os sentidos, principalmente no que tange a proteção do direito de ter dignidade. Nos termos do art. 1º da Declaração dos direitos do homem e do cidadão, todos os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos.

Tanto na visão de Amarante quanto na de Basaglia, séculos de desumanização marcam a história da loucura, que sempre teve como núcleo a relação médico/paciente e a ideia de banir o louco da sociedade; para o início das mudanças seriam necessárias novas leis, novas práticas, e uma nova configuração de se fazer saúde mental.

Importante frisar que tais movimentos fortaleceram a luta antimanicomial, o que contribuiu com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica italiana em 1978, que serviu de amparo para que a Lei nº 10.216 fosse sancionada.

É imperioso destacar o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo, em 1987, como um marco importante para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Ainda nesse sentido, em 1989 iniciou-se um processo de intervenção realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico do município, a Casa de Saúde Anchieta, conhecida por ser um local de maus-tratos e óbitos de pacientes.

2. Saúde mental e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde não é apenas o estado de ausência de doença, e sim o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Nesse sentido, cabe salientar a subjetividade a respeito da compreensão sobre o que é ter saúde, tendo em vista que inúmeros fatores externos nela interferem, a depender do momento, dos valores e das situações pessoais enfrentadas durante a vida. (OMS/1947).

Nos termos do Art. 196 da Constituição Federal/88, a saúde é direito de todos e dever do Estado e o acesso universal e igualitário à serviços para sua promoção, prevenção e recuperação deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas.

Ainda em consoante com a OMS (2020), no que diz respeito à saúde mental, esta relaciona-se ao estado de bem-estar em que o indivíduo consegue harmonizar suas ideias, emoções e habilidades, contribuindo assim com a sua comunidade. Este reconhecimento da saúde mental como extensão da saúde vem contemplando as pessoas com transtornos mentais na qualidade de novos sujeitos de direito, que a partir da CF/88 passaram a acessar cada vez mais o Poder Judiciário.

Com a percepção de que na forma convencional a psiquiatria não alcançava objetivos comunitários, a exemplo do atendimento preventivo, integral, participativo e contínuo, autoridades e profissionais de saúde mental passaram a traçar estratégias para promover a reestruturação da assistência psiquiátrica e a defesa dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico.

No decorrer das últimas décadas a Política de Saúde Mental passou por importantes mudanças, evoluindo de um modelo essencialmente centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificada, com normas reguladoras consolidadas e que se encontram em contínua transformação no que se refere a expansão de uma rede de atenção extra hospitalar.

Nesse processo evolutivo tornou-se evidente que manter o hospital psiquiátrico como única alternativa assistencial era impeditivo para alcançar as transformações almeçadas, pois isolar o paciente do seu meio gera uma maior incapacidade social, atingindo diretamente seus direitos humanos e civis. É imperioso destacar que é inconcebível discutir de forma genérica sobre direitos humanos, portanto, não é

cabível esperar passivamente pelos governos para que ocorra a concretização dos direitos das pessoas acometidas de sofrimento mental.

2.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)

De acordo com Delgado (2011), antes do SUS grande parte das pessoas não tinham acesso a saúde, o que existia era um sistema de saúde que atendia apenas a população que tinha direito ao Instituto de Assistência da Previdência Social (INAMPS). Em 1986, durante a redemocratização do país, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o SUS e suas bases doutrinárias foram gerados. Esse processo ocorreu às vésperas da realização da Constituinte de 1988.

Instituído pela Constituição Federal de 1988 (CRFB/88), o Sistema Único de Saúde teve como princípios basilares a universalidade, equidade e integralidade, e por meio deles se tornaria possível a garantia de acesso aos sistemas de saúde por todos os cidadãos brasileiros, desde o nascimento, abrangendo a promoção, prevenção e o tratamento de doenças.

De acordo com o princípio da universalidade, a saúde é um direito de todos, independente de sexo, raça ou qualquer outra característica pessoal ou social, cabendo ao Estado garantir esse direito. O objetivo da equidade é diminuir as desigualdades. As pessoas não são iguais, portanto, possuem necessidades diferentes. Em outras palavras, deve-se investir mais onde houver maior necessidade, ou seja, tratar desigualmente os desiguais.

O princípio da integralidade considera as pessoas como um todo. Pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas que repercutam na qualidade de vida e na saúde dos cidadãos. Ainda conforme a CRFB/88, as três esferas do governo ficariam responsáveis por financiar o SUS, com a obrigação de planejar as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Inúmeras são as discussões quanto as restrições orçamentárias para o setor, principalmente quanto a falta de recursos nos estados e municípios, pauta constante de reivindicações dos movimentos políticos e sociais que atuam em defesa do referido sistema. Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população brasileira em 2022 era de 203,1 milhões de habitantes, um acréscimo de 12,3 milhões de pessoas frente ao senso demográfico de 2010.

Na década de 1970, o sistema psiquiátrico dependia fortemente de uma extensa rede de hospitais psiquiátricos, que eram conhecidos por fornecer cuidados inadequados e frequentemente violar os direitos humanos básicos dos pacientes. Este sistema ultrapassado de atendimento exigia uma completa revisão e reforma dos serviços de saúde mental no país. (ALMEIDA, 2019)

Criado entre 1980 e 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. É composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, e conforme determina a Constituição Federal, garante acesso universal e gratuito para toda a população do país, visando a prevenção e a promoção da saúde, a atenção integral, e não somente os cuidados assistenciais, passando a ser um direito de todos os brasileiros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

As mudanças iniciais realizadas em cidades selecionadas como Santos, no Estado de São Paulo, foram fundamentais para a criação de um modelo adaptado às características únicas do ambiente brasileiro. Essas reformas também contribuíram significativamente para os estágios iniciais da construção de uma política de saúde mental que pudesse ser aplicada nacionalmente. Durante a década de 1980, essa política tornou-se parte integrante do processo de redemocratização pelo qual o país passava e, aos poucos, ganhou força nos níveis administrativo, financeiro e legislativo. (ALMEIDA, 2019).

Nesse sentido, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destaca-se como um importante instrumento para a garantia do cuidado integral à Saúde Mental no Brasil, sendo os direitos humanos utilizados como balizadores para os princípios que norteiam a RAPS, que executa suas ações nas diversas redes distribuídas nos territórios.

A expansão da RAPS é contínua, tendo como principal objetivo articular e integrar as diferentes políticas e Redes de Atenção à Saúde em todo o território nacional. A rede é múltipla e abrange uma série de demandas de forma integrada e complementar, razão pela qual se alicerça na Política Nacional de Saúde Mental, responsável por organizar ações que promovem a saúde mental desde a prevenção de agravos até a inserção das pessoas com transtornos mentais. A política encontra base legal na Lei nº10.216, de 06 de abril de 2001, que redireciona o modelo

assistencial em saúde mental no Brasil, utilizando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) amplia o acesso, qualifica o cuidado e a assistência, através do resgate da cidadania e da inclusão social, da reinserção familiar, do respeito aos direitos e liberdades individuais e da garantia da livre circulação e interação com a comunidade, promovendo, assim, a integralidade do cuidado.

Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destacam-se os seguintes serviços:

- A) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades;
- B) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- C) Ambulatórios multiprofissionais;
- D) Unidades de acolhimento;
- E) Leitos de saúde mental em hospitais gerais;
- F) Leitos de psiquiatria nos hospitais especializados (MINISTÉRIO DA SAÚDE/2023)

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço substitutivo de atenção à saúde mental que tem demonstrado eficácia em substituir a internação prolongada por um tratamento que não separe o paciente de seus familiares e da sociedade, mas que os envolva no processo de cuidado com a atenção necessária, auxiliando na recuperação e reintegração social de indivíduos em sofrimento psíquico (NASI, 2011).

Os CAPS oferecem diversas ferramentas para facilitar a criação e exploração de novas perspectivas sobre a vida e a subjetividade, considerando a dimensão psicológica do indivíduo e suas relações com seu meio, ao invés de se basear apenas em diagnósticos e prognósticos de doenças mentais. Assim, este serviço busca a reinserção das pessoas com sofrimento psíquico na família, na comunidade e na vida produtiva, através da recuperação da autoestima e reestruturação de vínculos (NASI, 2011)

Quanto aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), o Ministério da Saúde (2022) os conceitua como moradias assistidas, de natureza permanente ou por períodos prolongados. Devem acolher pessoas com transtornos mentais graves, moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns. Os acolhidos devem

estar em acentuada vulnerabilidade, sem suporte social e econômico e sem vínculos familiares ou com vínculos frágeis.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2023), as Unidades de Acolhimento devem estar inseridas na comunidade para que as pessoas com problemas em decorrência do uso nocivo de álcool e outras drogas possam desenvolver seus novos projetos de vida, tendo como referência os profissionais do Caps. Portanto, aqueles pacientes que saem de uma internação para desintoxicação devem ser admitidos no CAPS, que em conformidade com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) poderá referenciar para acolhimento provisório na Unidade de Acolhimento.

O Consultório na Rua é um serviço de saúde que integra a RAPS e é formado por equipes itinerantes que prestam cuidados, estabelecem vínculos e acompanham as pessoas em situação de rua, em vulnerabilidade social ou com necessidades de saúde, incluindo aquelas advindas da saúde mental, especialmente em decorrência do uso de drogas lícitas e/ou ilícitas. Quando necessário, essas equipes desenvolvem ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território.

De acordo com a legislação vigente, a internação, em qualquer uma de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, ocorrerá perante laudo médico circunstanciado que a justifique, deverá ser feita de forma integral, com equipe multidisciplinar, que inclui serviços médicos, de assistência social, psicológicos, terapeutas ocupacionais, entre outros (Brasil, 2001).

A Portaria nº 224 de 1992 estabelece diretrizes e normas para a atenção à saúde mental. As diretrizes preveem a organização dos serviços de acordo com o disposto no SUS, diversidade de tratamentos e técnicas com base na complexidade do cuidado, garantia da continuidade do cuidado em todos os níveis, equipe multiprofissional e participação social. Em relação às normas, a mesma portaria nomeia "leitos ou enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais", reservados para casos que necessitem de internação, após o esgotamento de todas as possibilidades de atendimento extra-hospitalar (ARRUDA, 2005).

Os leitos especializados em saúde mental nos hospitais gerais ofertam cuidado hospitalar para pessoas com transtornos mentais oriundas da Rede de Atenção Psicossocial, além de situações de crise relacionadas ao uso de álcool e outras

drogas. O tratamento é focado no manejo da crise aguda, pelo tempo mínimo necessário, sempre atentando para oferta do melhor acolhimento, com segurança e proteção do paciente (ALMEIDA,2019).

Os hospitais especializados em psiquiatria devem desenvolver a função de retaguarda para os demais estabelecimentos e serviços da RAPS, proporcionando o acompanhamento integral à saúde de forma singular e seguindo os princípios básicos de legalidade, ética e direitos humanos.

De acordo com informações do Ministério da Saúde (2023), existiam em 2022: 2.836 CAPS habilitados, distribuídos em 1910 municípios, 813 serviços residenciais terapêuticos, 70 unidades de acolhimento habilitadas, 224 equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, 172 equipes de consultório de rua, 1952 leitos distribuídos em 322 hospitais gerais e 12.662 leitos psiquiátricos distribuídos em 106 hospitais especializados em psiquiatria.

2.2 O papel da família e da sociedade no contexto da Saúde Mental

Foucault (1972), em seu livro *A História da loucura*, revelou que o estigma dos doentes mentais prevaleceu ao longo do tempo e levou à exclusão social desses indivíduos, fazendo-os viver à margem da sociedade. A prática de excluir a pessoa com transtorno mental persistiu ao longo do tempo, e era baseada unicamente no uso de medicação e na internação com o intuito de afastá-lo da família, do mercado de trabalho, das relações sociais; excluí-lo da vida social.

O estigma manifesta-se através de três aspectos do comportamento social: os estereótipos, que são aqueles que incluem conhecimentos que são concebidos pela maior parte da sociedade e que podem acarretar reações e emoções negativas; os preconceitos sociais, que se traduzem em atitudes que em última instância podem conduzir à discriminação; a discriminação, que coloca a pessoa com sofrimento psíquico em situação de fragilidade e a margem da sociedade (Munoz, Santos, Crespo & Guillén, 2009).

Quando o diagnóstico é realizado, o paciente com transtorno mental começa a perceber o preconceito e a exclusão social, que tem como consequência a perda de vínculos sociais, de ligações comunitárias e de capacidades individuais (FERREIRA, 2006). Historicamente, muitas vezes a família ficou afastada do tratamento do

paciente psiquiátrico, principalmente porque nos hospitais especializados o familiar era excluído do tratamento, e nas primeiras semanas as visitas normalmente eram proibidas.

Destaca-se que a família é a base da sociedade e alvo da proteção estatal, conforme redação do Artigo 226 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Após a Reforma Psiquiátrica, tornou-se indispensável a presença da família ao lado da pessoa com transtorno mental, vivenciando e conhecendo formas de manejo, além da interação constante com a equipe multiprofissional.

A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. Na família encontra-se proteção e acolhimento, em que os cidadãos são cuidados ao longo da vida e também, pode-se ter espaço tanto o melhor quanto o pior dos sentimentos humanos (PASSOS, 2018).

Há estudos indicando que a saúde familiar reduz a probabilidade de transtornos comportamentais independentemente da cultura em que estejam inseridas. Ou seja, se o grupo familiar permanece integrado e coeso, as crianças que ali crescem correm menos riscos de desenvolver sofrimento psicológico (MATSUKURA; FERNANDES; CID, 2012).

Tendo sido reconhecida a importância da família, torna-se fulcral a reflexão sobre o que torna uma família salutar no tocante ao desenvolvimento saudável de seus membros. É sabido que o desenvolvimento infantil é melhor em ambientes familiares unidos e que funcionam de forma coesa (PASSOS, 2018).

O adoecimento de um membro familiar causa o enfraquecimento de toda a unidade da família, e a depender do caso, uma extensão da patologia em questão, o que leva muitas vezes ao rompimento dos laços afetivos que os unem. Nesse sentido, pode-se destacar alguns impactos envolvendo o indivíduo com transtornos mentais e sua família: discriminação, perda de qualidade de vida para os envolvidos no processo e perda de empatia por parte dos demais membros da sociedade.

É fato que a presença de uma pessoa com transtorno mental impacta diretamente a dinâmica familiar, pois as demandas que envolvem a função de cuidado são muitas vezes cansativas, e normalmente afetam aspectos emocionais, físicos e econômicos. O comprometimento com o cuidado ao paciente requer a aquisição de

novas habilidades e organização que podem, inicialmente, atrapalhar as atividades diárias da família. No entanto, essa responsabilização dos familiares para com o paciente também é positiva, pois além de fortalecer sua relação, os tornam parceiros da equipe de saúde para cuidar do usuário, facilitar ações que promovam a saúde mental e inserir os indivíduos em seu meio.

Muitas vezes, o familiar responsável concentra sua dedicação e tempo no cuidado da pessoa com sofrimento psíquico, o que pode acarretar mudanças em sua vida, como dificuldades no trabalho e redução do tempo de lazer. As equipes de saúde mental devem focar e trabalhar as dificuldades/complexidades de cuidar de famílias e usuários, buscando estabelecer dispositivos e mecanismos de apoio que promovam o envolvimento e a integração familiar (PASSOS, 2018).

Nesse contexto, cabe destacar que ainda existem muitos casos de abandono de pacientes em hospitais psiquiátricos. No entanto, o abandono familiar não prejudica apenas o indivíduo, mas também todo o sistema de saúde, já que o leito em que o doente é abandonado fica impossibilitado para que outro paciente o utilize, dificultando o bom andamento do serviço de saúde.

3. Fundamentos Jurídicos e Ministério Público

3.1 O Ministério Público

Abordar a atenção do Ministério Público no tocante a saúde mental não é tarefa simples. Essa pauta encontra-se envolta em uma verdadeira “nuvem cinzenta” de preconceitos e tabus de difícil desmanche. Uma das primeiras constatações a que se pode chegar quanto ao assunto saúde mental, é no que diz respeito ao fato de que essa condição humana muitas vezes é causa de repulsa no seio social.

A Carta Constitucional de 1988 destinou um capítulo próprio para o Ministério Público (Capítulo IV, seção I, art. 127 a 130-A), deixando evidente o interesse do poder constituinte originário em distanciar o MP dos três poderes da República, conferindo-lhe autonomia e independência financeira e administrativa.

De acordo com o art. 127 da Constituição Federal, o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, abrangendo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Faz-se mister destacar que o Ministério Público possui a responsabilidade de promover a defesa da ordem jurídica e do regime democrático de direito através de estratégias que garantam o exercício pleno da cidadania e a dignidade da pessoa humana.

A Constituição Federal conferiu ao MP funções diretamente relacionadas à efetivação dos interesses sociais. Conforme redação do art. 129, a propositura de ação penal pública, a promoção de inquérito civil e de ação civil pública, a promoção de ação de inconstitucionalidade, o exercício do controle externo da atividade policial, a requisição de diligências investigatórias e a instauração de inquéritos policiais, assim como o zelo pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública.

O Ministério Público atua com a finalidade de concretizar a cidadania. Dentre os direitos do cidadão elencados na CRFB/88 que competem ao Ministério Público tutelar, destacam-se: o dever de defender os patrimônios públicos e social; o de combater a violação dos direitos humanos e o de garantia dos direitos individuais e coletivos, previstos no art. 5º da Carta Magna.

É relevante a atuação do Ministério Público no que diz respeito aos direitos humanos, sendo, por vezes, o responsável por sustentar em juízo demandas que visam garantir um direito inerente a dignidade humana que está sendo negado, ou para se posicionar sobre alguma violação já concretizada dos direitos fundamentais.

O debate político-ideológico sobre o melhor modelo de tratamento está diretamente relacionado as responsabilidades do Ministério Público, que deve tutelar o cuidado aos pacientes psiquiátricos em estado de vulnerabilidade social e a efetivação dos direitos de cidadania dessas pessoas, que se encontram garantidos por fundamentos constitucionais, doutrinários e jurisprudenciais cabíveis ao direito à saúde mental.

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

É imperioso destacar que a lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, constituiu o início da reforma psiquiátrica brasileira.

3.2 Lei 10.216/2001

Projeto de um deputado federal do estado de Minas Gerais conhecido como Paulo Delgado, a Lei 10.216/2001 foi sancionada em 6 de abril de 2001 pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, e ficou popularmente conhecida como lei antimanicomial.

A referida lei representou um importante avanço jurídico no que se refere aos direitos dos portadores de transtornos psíquicos e de seus familiares, garantindo a proteção contra qualquer tipo de abuso e a participação da família no tratamento psiquiátrico.

A história da psiquiatria é marcada por um processo de asilamento e a Lei nº 10.216/01 pretendeu romper com essa ordem. O seu objetivo foi privilegiar a desospitalização dos doentes mentais, com "a extinção progressiva dos hospitais

psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais" (NASI, 2011).

Em seu primeiro artigo, a Lei 10216/2001 já pontua que a proteção de pessoas acometidas por transtornos psíquicos é assegurada, não devendo ocorrer nenhuma forma de discriminação que demonstre intolerância e desrespeito a dignidade da pessoa humana. Fica evidente a preocupação do legislador, logo para o início da lei, em combater o preconceito e a exclusão, constantemente enfrentados por essas pessoas em particular.

No caput do seu artigo segundo, evidencia-se a preocupação com a informação nos atendimentos em saúde mental, tanto para a pessoa quanto para seus familiares e responsáveis, que devem ser cientificados dos seus direitos. Cabe destacar que o direito à informação é constitucional, e está regido nos seguintes termos:

Art. 5º, XXXIII – todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

É relevante salientar a importância da necessidade de declarar expressamente os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, uma vez que, não conhecendo seus direitos, pacientes e familiares podem submeter-se a riscos que certamente poderiam ser evitados com o conhecimento formal, evitando possíveis danos materiais e morais.

Em seu artigo terceiro, a Lei da Reforma Psiquiátrica pontua que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtorno mental. Importante frisar que a lei supramencionada possui inúmeras lacunas, permitindo a edição de normas suplementares pelos Estados membros, autorizados constitucionalmente a estabelecer políticas públicas em saúde mental, suprimindo assim, a omissão da legislação nacional.

De forma antecipada aos artigos subsequentes, torna-se oportuno diferenciar as internações voluntária e involuntária, respectivamente. A lei antimanicomial dispõe que somente será voluntária a internação que o paciente declarar aceitação por escrito, e para tanto ele deve estar orientado, ser maior de idade e não ser civilmente interditado. Apesar de não haver norma legal regulamentadora quanto a presença de

um responsável quando se trata da internação voluntária, ela ainda é exigida em alguns serviços de saúde (DELGADO, 2011).

No tocante a capacidade psíquica, como critério legal para definição de capacidade está o entendimento do paciente sobre sua doença, seus riscos, benefícios e suas consequências. Na internação voluntária a pessoa com transtorno mental não tem sua capacidade de tomar decisões afetada, não necessitando de um responsável (AMARANTE, 2011).

Será involuntária a internação em que o indivíduo não tenha a habilidade necessária para decidir sobre sua saúde, e nesse caso haverá a exigência de um responsável para tomar as decisões necessárias ao seu bem-estar. Como as condições clínicas do paciente não permitem o seu consentimento, essa modalidade de internação normalmente ocorre em situações de emergência ou por solicitação de familiar ou representante legal (NOBREGA, 2016)

Os artigos 4º, 6º, 7º, 8º e 9º da Lei nº10.216/2001 discorrem a respeito da internação psiquiátrica, com ênfase na internação involuntária. Nesse aspecto, cabe problematizar a complexidade da natureza da internação psiquiátrica involuntária, por uns, vista como uma modalidade de tratamento, enquanto que por outros, caracterizada como restrição ao direito de liberdade.

Destaca-se que a internação involuntária só pode existir se houver violação a direitos fundamentais próprios, a exemplo da possibilidade de perigo para si ou para terceiros. Nos termos do artigo 5º, LIV, da Constituição Federal/88, o paciente psiquiátrico tem o direito a um devido processo legal de internação involuntária, descrito da seguinte maneira em sua redação: “Ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”.

Nessa seara, por condensar grande parte dos fundamentos da reforma psiquiátrica brasileira em suas disposições, o art. 5º da Lei nº 10.216/2001 merece especial destaque, pois traz em sua redação termos como: “grave dependência institucional”, “ausência de suporte social”, “reabilitação psicossocial assistida” e “continuidade do tratamento”.

Art.5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária

competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Torna-se fulcral pontuar as internações de longa permanência, que tem como principal impacto a exclusão social. Nessa seara, cabe destacar as iniciativas que buscam garantir aos pacientes psiquiátricos o acesso as estratégias de desinstitucionalização, através da promoção da autonomia, inclusão social e consequente exercício da cidadania.

A Lei 10.708/2003 instituiu o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes egressos de internações psiquiátricas. O programa, denominado “De Volta Para Casa” é destinado às pessoas com transtornos psíquicos, com histórico de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou de custódia, com a pretensão de estimular o exercício pleno dos direitos civis, políticos e a cidadania dessas pessoas (Ministério da Saúde/2022).

Resta evidente que as políticas públicas contidas no caput do art. 5º da Lei 10.216/2001 trouxeram importantes impactos para a concretização da reforma psiquiátrica brasileira, pois a partir da redação do referido artigo pode-se encontrar fundamentação teórica para a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, construção de residências terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios em saúde mental, além de outros serviços oferecidos pela RAPS.

O art. 10 da Lei 10.216/2001 dispõe sobre a questão da responsabilidade dos profissionais da saúde e de administradores de estabelecimentos de saúde mental no que se refere a ocorrências graves com os pacientes.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Quanto a responsabilidade dos profissionais, esta pode ser cível ou criminal. A responsabilidade criminal poderá incidir de acordo com o tipo penal (crime ou contravenção). Nesse caso, observado o devido processo legal, podendo ocasionar uma pena com o objetivo de reparação do dano ou de punição do infrator.

No tocante aos estabelecimentos de saúde mental a responsabilidade é objetiva, conforme dispõe o art. 37, § 6º da Constituição Federal/88, do qual se extrai, in verbis: “as pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade,

causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa”.

Nas palavras de Celso Antônio Bandeira de Mello, “o direito de regresso é protetor do interesse do Estado”. Assegura-lhe a possibilidade de cobrar do agente público o montante pago ao lesado a título de indenização, mediante a comprovação de que o preposto causador do dano agiu com dolo ou culpa.

O art. 11 da Lei 10.216/2001 refere-se a pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos, deixando clara a necessidade de consentimento informado do paciente, ou no caso de impossibilidade deste, do seu representante legal.

Os arts. 12 e 13 da referida Lei federal estabelece a criação da comissão nacional para acompanhar a implementação e a data em que a Lei entrou em vigor, respectivamente.

Imperioso destacar que deve ser assegurado o direito do usuário em ser tratado no ambiente menos restritivo possível, da forma mais adequada às suas necessidades, com a garantia da sua segurança física e a de terceiros (ONU, 1991; art. 2º, VIII da Lei nº 10.216/2001).

3.3 Internação compulsória

Fruto da Reforma Psiquiátrica, a previsão normativa da internação compulsória está no art. 6, inciso III, da Lei 10.216/2001. O caráter compulsório é marcado pela falta do consentimento do envolvido na internação psiquiátrica, sendo exigida a intervenção judicial solicitada em ação que deve ser ajuizada pelo Ministério Público. A internação é realizada através de mandado judicial, tem seu início fixado na lei e é amparada por laudo médico circunstanciado. São encerradas mediante parecer técnico (autonomia médica) indicando condições para a alta do paciente.

Quando o portador de transtorno mental oferece risco para si, sua família ou para a sociedade, é determinada pela autoridade judicial a internação compulsória. Alguns critérios devem ser observados, a exemplo das condições de segurança do estabelecimento, e a proteção do paciente, dos demais internados e dos funcionários; essa política governamental não pode ser configurada como cuidado, tendo em vista que a exclusão e o isolamento social são violações claras de direitos e dos princípios da RP (NASI, 2011).

A internação psiquiátrica desvaloriza o paciente, portanto, deve ser o último recurso dentro da rede de atenção ao doente mental, e quando necessária, deve ser realizada em local adequado, com qualidade e resolubilidade comprovadas (ARRUDA, 2005).

A internação compulsória implica diretamente em questões éticas, uma vez que envolve a restrição da liberdade e da locomoção para o tratamento do sofrimento psíquico; o risco de estigmatização é outro aspecto inerente a esse tipo de internação, em razão de perpetuar a vinculação social a doença mental (ARRUDA, 2005).

4. A interação do Ministério Público com o processo de trabalho de um CAPS do interior da Bahia

É imperioso destacar a necessidade da busca imediata de medidas de proteção para as pessoas com transtornos mentais que sofrem maus tratos ou precisam de ajuda para a garantia de direitos. A formalização pode ser feita através de denúncia aos órgãos públicos e movimentos de defesa dos direitos humanos, tendo em vista que o tratamento degradante intensifica o sofrimento mental.

Conforme previsto no Decreto nº 10.174/2019, o disque direitos humanos (Disque 100) é um serviço do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania que tem a finalidade de receber qualquer demanda relacionada ao descumprimento de direitos humanos, principalmente os que atingem cidadãos em situação de vulnerabilidade social. Atende situações que ainda estão em andamento ou que acabaram de acontecer, nesses casos, como ocorre acionamento imediato dos órgãos competentes, existe a possibilidade de flagrante.

Qualquer indivíduo pode reportar algum fato relacionado a violação de direitos humanos do qual seja vítima ou tome conhecimento. As ligações para o Disque 100 são gratuitas, o serviço funciona vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana. No que tange ao direito à saúde, o Ministério Público funciona como mediador de conflitos entre gestores, grupos de usuários e demais representações da sociedade civil, contribuindo para a efetivação de direitos indispensáveis ao pleno desenvolvimento do sistema público de saúde (FERREIRA, 2006).

Na Constituição Federal, o MP aparece como responsável pela proteção e cuidado das pessoas com transtornos mentais, atuando diretamente no resgate da cidadania através do incentivo a implantação de políticas públicas de reinserção social.

A violação de direitos e a falta de serviços adequados para o atendimento de pessoas com transtornos psíquicos deve ser comunicada formalmente ao MP, com o fornecimento da descrição detalhada sobre a conduta que se aponta como irregular. Nomes dos envolvidos, data da ocorrência, telefones para contato e endereço são dados fundamentais para auxiliar nas investigações. Muitas famílias procuram o MP em busca de ajuda para internação compulsória, no entanto, é comum que os familiares desconheçam o trâmite legal, já que este é um procedimento que só deve

ser utilizado após esgotadas todas as formas de tratamento voluntário ofertadas pela rede (MPAC, 2017).

Como forma de corroborar com as informações expostas nos capítulos anteriores, torna-se relevante a demonstração prática da interação entre o Ministério Público e o processo de trabalho de um CAPS III do interior da Bahia, que aqui será tratado como município “X”. De acordo com o Censo de 2022, o município X possui 151.065 habitantes, dispondo em seu território de um CAPS III, atualmente com mais de 3.200 prontuários ativos.

Os CAPS III atendem pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas e é indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (SESAB,2020).

No primeiro semestre de 2023, o Ministério Público encaminhou 146 (cento e quarenta e seis) ofícios para o CAPS do município em questão, em sua grande maioria relacionados a usuários cadastrados no serviço que se encontravam com direitos violados, em situação de vulnerabilidade social ou solicitando parecer da equipe técnica quanto a necessidade de internação involuntária solicitada pela família.

4.1 Resultados e Discussão

Na perspectiva de responder à questão norteadora da pesquisa, foram selecionados 04 (quatro) casos considerados relevantes para atender aos objetivos da presente investigação, conforme descritos abaixo.

4.1.1 Relato 01:

Assistido (a): RSS

Sexo: masculino

Faixa etária: 35 a 39 anos

Paciente admitido no CAPS III da cidade X em setembro de 2023 após internação por um período de 2 (dois) meses em hospital psiquiátrico por uso abusivo de drogas ilícitas. Compareceu a unidade para atender a um pedido de sua genitora

e relatou alucinações auditivas e visuais, além de medo excessivo. Referiu uso diário de entorpecentes.

Foi registrada denúncia na Central de Atendimento da Ouvidoria Nacional do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos através do Disque 100/Ligue 180. Denunciante informou situação de violência contra cidadão, família ou comunidade, destacando que o cidadão RSS sofre violação de direitos sociais, faz uso de substâncias ilícitas e bebidas alcóolicas. Segundo informações colhidas, foi indicada internação em clínica de reabilitação, justificada pelo fato do assistido encontrar-se em condições de vulnerabilidade e carente de cuidados por parte do sistema público de saúde.

Tendo em vista o disposto no art. 92, II, da Lei Complementar nº 11/1996 (Lei Orgânica do Ministério Público do Estado da Bahia), o termo de manifestação foi encaminhado para a Promotoria de Justiça de Alagoinhas/Bahia, para conhecimento e adoção de medidas necessárias.

Nos termos do artigo supracitado da referida lei, é função dos Promotores de Justiça exercer as atribuições de Ministério Público junto aos órgãos jurisdicionais de primeira instância, competindo-lhes atender a qualquer do povo, tomando as providências cabíveis, cientificando o interessado das providências efetivadas.

Visando instruir procedimento administrativo para apurar a necessidade de internação involuntária do assistido RSS, a Promotoria de Justiça encaminhou ofício para o Centro de Atenção Psicossocial, solicitando avaliação da necessidade (ou não) da internação involuntária ou compulsória do assistido, apresentada através de laudo médico circunstanciado, e para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), para que fosse verificada a situação de RSS, obtendo da família documentos pessoais e médicos relativos ao diagnóstico e ao tratamento prescrito para o paciente.

Cronologicamente, foi registrada ocorrência em face do Sr. RSS na Delegacia de Defesa da Mulher do Município X. A denúncia narra que a vítima (idosa) estava correndo risco de morte e sofrendo agressões físicas e psicológicas praticadas pelo filho (RSS), que faz uso de substâncias ilícitas, é agressivo, já tentou incendiar a casa da genitora e precisava ser encaminhado para clínica de recuperação.

Em ofício encaminhado para a Promotoria de Justiça, a equipe técnica do CREAS avaliou que o caso não demandava competências e atribuições da ação social, tendo em vista que não foi constatada violação de direitos por parte dos familiares em face do usuário, encaminhando a lide para o CAPS III.

Em laudo circunstanciado, o médico psiquiatra informou que durante o atendimento o paciente apresentou-se lúcido, orientado no tempo e no espaço, com humor estável, sem alucinações ou delírios, nem comportamento inadequado. Informou ainda, que RSS aceitou fazer tratamento ambulatorial, razão pela qual no momento não indicaria internamento involuntário.

De acordo com o art. 6º, caput, da Lei 10.216/2001, a internação psiquiátrica somente poderá ser procedida mediante apresentação de laudo médico circunstanciado, demonstrativo da imperiosa necessidade da medida considerada extrema. As informações foram encaminhadas para o órgão ministerial.

Por solicitação do MP, em um período de 15 (quinze) dias foram realizadas duas visitas ao domicílio de RSS. A primeira pelo serviço social do CAPS III, que observou resistência da família em acompanhar o tratamento do paciente. A genitora afirmou não ter condições emocionais para acompanhar o filho, e uma irmã exigiu que a equipe da visita emitisse um relatório para internamento compulsório do paciente na capital do estado.

Na segunda visita, realizada pelo serviço social e pelo médico psiquiatra da unidade, durante a abordagem o paciente asseverou que não poderia conversar com a equipe técnica naquele momento, porém, solicitou marcação de consulta na unidade. Através de ofício, foi informado ao órgão Ministerial que RSS compareceu ao atendimento médico agendado, sendo avaliado pelo psiquiatra, sem necessidade de acolhimento noturno para cuidados intensivos.

4.1.2 Relato 02:

Assistido (a): GJF

Sexo: masculino

Faixa etária: 45 a 49 anos

Trata-se de paciente acamado em razão de traumatismo raquimedular ocasionado por acidente ocorrido a mais de quinze anos. Dependente químico com histórico de alterações psiquiátricas, hostil, com suporte familiar fragilizado.

Visando instruir procedimento administrativo para apurar a necessidade de internação involuntária do assistido GJF, a Promotoria de Justiça encaminhou ofício para o Centro de Atenção Psicossocial da cidade X solicitando avaliação da necessidade (ou não) da internação involuntária ou compulsória do assistido, apresentada através de laudo médico circunstanciado.

Em relatório, o médico psiquiatra enfatizou que o paciente não consegue se autodeterminar frente ao vício, é auto e heteroagressivo e cursa com constantes ameaças a integridade de sua genitora. Pelas razões descritas, indicou internação hospitalar psiquiátrica involuntária.

No que tange a articulação e fluxos realizados pelo CAPS III, foi realizada abordagem domiciliar para análise do contexto social e familiar, onde restou evidente a situação de vulnerabilidade social do paciente e de sua mãe (idosa de 85 anos), que necessitam de acesso a proteção estatal.

Por conseguinte, fez-se necessária articulação com a rede assistencial do município X para que fossem atendidas as demandas apresentadas pelo referido usuário, que é pessoa com deficiência física em estado de sofrimento psíquico.

Em ofício posterior, o Ministério Público solicitou que a Rede de Atenção Psicossocial apresentasse o Projeto Terapêutico Singular (PTS) elaborado para o paciente, com as estratégias necessárias para o manejo de situações de crise, de acordo com as especificidades do caso. Com relação a ausência de autonomia para os atos da vida cotidiana e as fragilidades dos vínculos familiares, encaminhou a

demanda para análise no campo da Assistência Social para que fosse indicada a melhor condução do caso em tela.

Considerando as limitações físicas do paciente, foram adotadas as seguintes medidas: formação de equipe de referência composta por médico psiquiatra, enfermeira, terapeuta ocupacional, assistente social e psicólogo; visitas domiciliares regulares e sistematizadas; articulação com a Unidade de Saúde da Família do território e encaminhamento das demandas sociais a Secretaria de Assistência Social.

Fez-se necessário pontuar que a proposta do PTS está em constante processo de construção, evoluindo com a aceitação e melhoria do quadro de saúde mental do indivíduo.

Foi encaminhada para a Promotoria de Justiça a comprovação de que o CAPS III adotou as medidas cabíveis para a internação involuntária do referido paciente, considerando a manifestação familiar e autorização médica.

4.1.3 Relato 03:

Assistido (a): HCSS

Sexo: masculino

Faixa etária: 40 a 45 anos

Paciente admitido no CAPS III da cidade X em março de 2019 por apresentar agitação, ansiedade, agressividade e psicose devido a transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de múltiplas drogas. Usuário compulsivo de crack, cocaína e maconha desde os 13 anos de idade. Desde então, segue em acompanhamento regular na unidade de saúde.

O genitor do paciente, senhor HRS, assistido pelo Ministério Público, propôs ação de internação compulsória para tratamento de transtorno mental e comportamental devido ao uso de substâncias psicoativas em desfavor do Estado da Bahia, aduzindo que seu filho tem problemas psiquiátricos causados pelo uso recorrente de drogas.

Relatou que em razão dessas “moléstias”, HCSS apresenta um quadro extremo de irritabilidade, impulsividade, inadequação comportamental, agitação, pensamento desagregado e desassociado. Informou que o filho faz uso de substâncias psicoativas desde a adolescência, o que lhe causou severa dependência química. Muito embora tenha sido internado por 6 (seis) meses, ao sair da clínica voltou a fazer uso de drogas, e desde então, segue fazendo acompanhamento no CAPS. Argumentou que a dependência química o transformou em uma "bomba" capaz de explodir em agressividade e comportamentos inadequados, colocando em risco a si mesmo e a sociedade.

Seguiu narrando que os relatórios médicos acostados sinalizam a necessidade imediata de internamento do paciente em hospital especializado para ser submetido a tratamento contínuo para, assim, conseguir voltar a viver em sociedade.

Por tais motivos, o genitor requereu a antecipação dos efeitos da tutela para determinar que o Estado viabilize a internação do seu filho, sob pena de multa diária, inclusive, visando resguardar o direito indisponível à saúde/vida do paciente.

Em decisão, o juiz de direito deferiu a antecipação de tutela, diante da urgência e da preponderância da proteção a vida inseridos no caso em tela. Diante da documentação inclusa nos autos, determinou que HRSS fosse conduzido e internado compulsoriamente em hospital especializado em psiquiatria, e na ausência de vaga, em instituição especializada em tratamento de dependentes químicos no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de pagamento de multa que arbitrou em R\$ 500 (quinhentos reais) por dia, limitada a R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), sem prejuízo de outras medidas coercitivas que se fizessem necessárias.

Em sentença, o juiz intimou o Secretário de Saúde do Estado da Bahia e o município X, para que desse cumprimento imediato à liminar deferida.

Determinou que no ato da internação o paciente fosse submetido a exame prévio para a emissão do laudo médico circunstanciado, bem como providenciada a comunicação ao MP no prazo de 72 horas, conforme dispõem os artigos 6º e 8º da Lei 10.216/2001. Saliou que a alta médica do paciente ficaria a cargo da instituição em que ele foi encaminhado, independente de autorização prévia do juízo, porém, com duração máxima de 90 (noventa) dias, conforme dispõe o art. 23-A, § 5º, inciso III, da Lei 13.840/2019.

Art. 23-A O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam:

§ 5º A internação involuntária:

III - perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável;

Determinou cumprimento de sentença após vista ao Ministério Público.

4.1.4 Relato 04:

Assistido (a): MPC

Sexo: feminino

Faixa etária: 20 A 25 anos

Paciente admitida no CAPS III da cidade X em março de 2018 após ser encontrada em via pública, despida, apragmática, agitada, inabordável, com sintomas psicóticos recorrentes, comportamento desorientado e alucinações auditivas.

Em revisão de prontuário foi observado que a paciente ficou acolhida por diversas vezes no CAPS. Nesses períodos constam muitos registros da equipe técnica do referido serviço a respeito do descaso dos familiares com a situação em que se encontrava MPC, sempre com destaque para o rompimento dos vínculos com a família paterna, conflitos com a genitora e violência territorial.

Conforme relatório de alta social anexado ao prontuário, oriundo de uma das internações em hospital especializado, a paciente não recebeu visita familiar durante todo o período de internamento.

Ainda de acordo com os registros do prontuário, em uma das visitas realizadas ao domicílio de MPC, a genitora informou não ter conhecimento do “paradeiro” da filha, afirmando que deveria estar pela rua ou internada.

No segundo semestre de 2023 o CAPS recebeu ofício encaminhado pelo Ministério Público do Estado da Bahia, solicitando informações a respeito do quadro em saúde mental da usuária MPC. Em resposta ao ofício, foram relatadas todas as intervenções realizadas desde o momento da admissão da paciente, a exemplo das reuniões com familiares, agendamento pericial, oferta de Projeto Terapêutico Singular, visitas domiciliares e encaminhamentos à rede.

Ainda em resposta ao ofício do MP, foi anexado relatório social informando que foram feitas várias tentativas de intervenção com os familiares no tocante aos cuidados em saúde mental, sem êxito. Desde o momento da admissão da paciente, em todos os processos sempre houve muita dificuldade no avanço do protagonismo e autonomia da usuária em virtude da intervenção da genitora e pela ausência de algum outro parente mais próximo.

Foi sinalizado o envio anterior de outros relatórios técnicos informando a situação da paciente ao Ministério Público. Acrescentou-se ainda que em julho de 2023 a referida foi encaminhada para internação involuntária em hospital especializado, não tendo recebido alta até o momento da emissão do documento.

A partir da análise dos casos em tela, foi verificado que não ficam claramente demarcados os limites de atuação das instâncias diretamente envolvidas na proteção ao paciente, observando-se em diversas ocasiões transferência de responsabilidades por parte do Ministério Público para o CAPS e/ou para as famílias, que vivenciam a impotência na resolução de conflitos.

Cuidar e tutelar são aspectos que rotineiramente se confundem na abordagem às pessoas com transtornos mentais, sendo muitos os tensionamentos e desafios necessários para a efetivação do modelo psicossocial e superação das velhas práticas manicomiais, que ainda se presentificam no imaginário social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O retorno da institucionalização da loucura causa muito temor, por isso há uma batalha incansável para que o modelo hospitalar fique no passado e que as redes de apoio às pessoas com transtornos mentais continuem avançando com o objetivo de tornar cada vez mais humano o tratamento em saúde mental, tão castigado anteriormente por várias estratégias ineficazes e cruéis.

A presença de apoio dentro do ambiente familiar, compartilhando trocas afetivas e sentimentos, auxilia no tratamento e na recuperação da pessoa em sofrimento psíquico. Estudos atuais sobre vínculos humanos trabalham com a perspectiva de que as relações parentais funcionam como verdadeiros reguladores emocionais. Sendo assim, torna-se claro que a família é um remédio efetivo e eficaz para a doença mental.

Enquanto instituição de controle e garantia de direitos sociais e coletivos, o Ministério Público tem o importante papel de fiscalizar a efetivação de políticas públicas que garantam aos indivíduos com transtornos mentais um tratamento inclusivo e inerente a dignidade da pessoa humana.

Através desse estudo, conclui-se que apesar de não haver um padrão de atuação do MP em relação a problemática tratada no presente trabalho, o órgão ministerial, impulsionado pela responsabilidade constitucional de proteção e defesa dos direitos humanos e dos direitos fundamentais, atua combinando estratégias extrajudiciais e judiciais visando minimizar o risco de retrocesso das políticas públicas que foram tão arduamente conquistadas.

Esta revisão examinou como a relação entre o Ministério Público e a saúde mental é abordada em estudos realizados recentemente no país, ficando claro que apesar de incansáveis tentativas para a geração de informação, muitas são as barreiras que limitam a produção científica, sendo a pior delas, o preconceito velado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABREU, Carlos Pinto de. Lei de saúde mental e as garantias dos direitos dos cidadãos. *Direito e Justiça*, v. 19, n. 1, p. 129-132, 2005.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00129519, 2019.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. p. 87-122.

ARBEX D. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial; 2013.

ARRUDA NETO de, Pedro Thomé. A implementação pela via judicial das políticas públicas na área de saúde mental: o papel do Ministério Público. *Revista de Direito Sanitário*, v. 6, n. 1-3, p. 38-61, 2005.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. p. 99-135.

BRASIL, 2015, Lei nº13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

BRASIL. Lei nº 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*. 9 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 27 Nov 2019.

CASTEL, Robert: *A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

Constituição, Brasil (1988): texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional nº 111/2021. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2021.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos brasileiros de psicologia*, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; GOMES, Maria Paula Cerqueira; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, p. 452-453, 2001.

FERREIRA, Gina. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma análise sociopolítica. *Psicanálise & Barroco* – *Revista de Psicanálise*, 4 (1): 131-145. Rio de Janeiro: UniRio, 2006.

GONÇALVES, Sandra Krieger. *Bem viver: saúde mental no Ministério Público*/ Sandra Krieger GONÇALVES, Jairo Bisol, Rafael Meira Luz. -- Brasília: CNMP, 2020.

LOBATO, Cristina; PINHEIRO, Roseni; ASENSI, Felipe. O Ministério Público como mediador no processo de desinstitucionalização da saúde mental. Volume VII, p. 232.

NASI, Cíntia; SCHNEIDER, Jacó Fernando. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, p. 1157-1163, 2011.

NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa; SILVA, Giovanna Bertolazzi Fernandes da; SENA, Andreza Cardoso Ribeiro de. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. Investigação Qualitativa em Saúde, v. 2, p. 41-49, 2016.

PASSOS, Rachel Gouveia. Holocausto ou Navio Negreiro? Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Argumentum, 10(3): 10–23. Vitória: UFES, 2018.

PINHO ZANARDO de, Gabriela Lemos; DOS SANTOS LEITE, Loiva; CADONÁ, Eliane. Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da lei 10.216 e da portaria 3.088. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 9, n. 24, p. 01-21, 2017.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>. Acesso em: 15 set. 2023.