

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO *LATO SENSU* EM DIREITO SANITÁRIO

Fabíola Ramos Fernandes
Gisele Stela Martins Araújo

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: PROPOSTA DE CRIAÇÃO E
IMPLEMENTAÇÃO DE COMITÊS MUNICIPAIS
INTERINSTITUCIONAIS ENTRE O MINISTÉRIO PÚBLICO DO
ESTADO DE MINAS GERAIS E MUNICÍPIOS, POR MEIO DE SUAS
RESPECTIVAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, COMO
ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL**

Belo Horizonte

2024

FABÍOLA RAMOS FERNANDES
GISELE STELA MARTINS ARAÚJO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: PROPOSTA DE CRIAÇÃO E
IMPLEMENTAÇÃO DE COMITÊS MUNICIPAIS
INTERINSTITUCIONAIS ENTRE O MINISTÉRIO PÚBLICO DO
ESTADO DE MINAS GERAIS E MUNICÍPIOS, POR MEIO DE SUAS
RESPECTIVAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, COMO
ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Direito Sanitário.

Orientador: Dr. Luciano Moreira de Oliveira

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Belo Horizonte
2024

F363p

Fernandes, Fabíola Ramos.

Proposta de criação e implementação de comitês municipais interinstitucionais entre o Ministério Público do Estado de Minas Gerais e municípios, por meio de suas respectivas secretarias municipais de saúde, como estratégia de atenção integral à saúde mental. / Fabíola Ramos Fernandes; Gisele Stela Martins Araújo. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

46 f.

Orientador(a): Luciano Moreira de Oliveira.

Projeto de Intervenção (Especialização) em Direito Sanitário.

Inclui bibliografia.

1. Projeto de Intervenção. 2. Saúde Mental. 3. (Des)judicialização da Saúde. 4. Diálogo Interinstitucional. I. Araújo, Gisele Stela Martins. II. Oliveira, Luciano Moreira de. III. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. IV. Título.

NLM WA 32

FABÍOLA RAMOS FERNANDES
GISELE STELA MARTINS ARAÚJO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: PROPOSTA DE CRIAÇÃO E
IMPLEMENTAÇÃO DE COMITÊS MUNICIPAIS
INTERINSTITUCIONAIS ENTRE O MINISTÉRIO PÚBLICO DO
ESTADO DE MINAS GERAIS E SECRETARIAS MUNICIPAIS DE
SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Direito Sanitário.

Banca Examinadora

Dra. Vânia Dolher Souza Backer
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Prof. Dr. Fabrício Henrique dos Santos Simões
Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

Prof. Dr. Luciano Moreira de Oliveira (orientador)
Ministério Público do Estado de Minas Gerais
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

Belo Horizonte

2024

Dedicamos este projeto de intervenção aos que lutam contra transtornos mentais, quebrando estigmas, na esperança de contribuir para uma sociedade mais compreensiva e inclusiva.

AGRADECIMENTO

A nosso orientador Dr. Luciano Moreira de Oliveira, pelas valorosas considerações e diretrizes fundamentais para a produção deste trabalho.

Aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em especial à Valdirene, Nathália, Vânia, Stephane, Cristiane, Liliana e Janete, pela inspiração e fornecimento de subsídios imprescindíveis para a confecção deste projeto de intervenção.

Aos professores e colegas da IX Turma da Especialização em Direito Sanitário da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, por todos os ensinamentos, convivência e compartilhamento de valiosas experiências.

Enfim, a todos que contribuíram de maneira significativa para a realização deste projeto acadêmico.

RESUMO

Atualmente, a saúde mental está ganhando cada vez mais espaço na agenda política global, bem como nas discussões e decisões judiciais. Planos de ação, inovações políticas, identificação de determinantes e a formulação de novas diretrizes e legislações destinadas à saúde mental estão sendo discutidas e implementadas, tanto no âmbito internacional como nacional. No entanto, ainda há uma emergente necessidade de elaboração de estratégias locais, regionais e, especialmente, interinstitucionais para viabilizar um diálogo que permita a efetivação do direito à saúde integral e dos direitos humanos de todo indivíduo com transtorno mental. No Brasil, impulsionada pelos ideais da Reforma Psiquiátrica e com a implementação da Lei Federal 10.216/2001 - que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas -, houve a reestruturação da assistência à saúde mental, ultrapassando o modelo hospitalocêntrico/asilar para um sistema embasado na constituição de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A garantia da articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, de forma possibilitar acesso e atendimento integral aos usuários do SUS, constituem escopo da RAPS. Porém, em grande parte dos municípios de Minas Gerais – mormente aqueles de menor densidade demográfica e/ou localizados em regiões mais distantes dos grandes centros urbanos – podem ser observadas lacunas na efetivação da política de saúde mental, o que acaba por impulsionar o ajuizamento de inúmeras ações judiciais visando à internação psiquiátrica compulsória, como primeira ou única alternativa posta à disposição do cidadão. Essa judicialização, por vezes evitável, representa um retrocesso do modelo de atenção atual, além de se constituir em lesão aos direitos dos usuários que necessitam da sua inserção ou permanência nos serviços disponibilizados na rede de saúde mental. Com o escopo de contribuir para a readequação da situação retratada, o presente projeto de intervenção propõe a criação e implementação de comitês, com a celebração de acordo de cooperação técnica entre o Ministério Público de Minas Gerais e os Municípios Mineiros, através de suas respectivas Secretarias Municipais de Saúde, visando especializar e personalizar o atendimento do usuário que venha a procurar assistência junto às Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde. Como metodologia empregada, procurou-se, após um diagnóstico situacional, observação de práticas de diálogos interinstitucionais e a realização da revisão bibliográfica e jurisprudencial acerca do tema, compreender o cenário atual e mensurar a demanda conhecida e atendida nos municípios de Belo Horizonte e Alfenas, a fim de possibilitar a construção de fluxos de

informações, dimensionamento da equipe técnica e capacitação dos profissionais que integrarão os Comitês Interinstitucionais em Saúde Mental entre os órgãos/instituições envolvidos (MPE/SMS), para fins de lançamento de um projeto piloto, com o escopo de avaliar sua eficácia.

Palavras-chave: projeto de intervenção; saúde mental; (des)judicialização da saúde; diálogo interinstitucional.

ABSTRACT

Currently, mental health is gaining increasing prominence on the global political agenda, as well as in discussions and legal decisions. Action plans, political innovations, identification of determinants, and the formulation of new guidelines and legislation for mental health are being discussed and implemented at both the international and national levels. However, there is still an emerging need for the development of local, regional, and especially interinstitutional strategies to facilitate a dialogue that allows for the realization of the right to comprehensive health and human rights for every individual with a mental disorder. In Brazil, driven by the ideals of Psychiatric Reform and the implementation of Federal Law 10.216/2001 - which deals with the protection and rights of individuals with mental disorders and/or needs resulting from harmful alcohol and drug use - there has been a restructuring of mental health care. This transition moved away from the hospital-centric/asylum model to a system based on the establishment of a Psychosocial Care Network (RAPS). Ensuring the coordination and integration of health network focal points in the territory, enhancing care through reception, continuous monitoring, and attention to emergencies, aims to provide access and comprehensive care to users of the Unified Health System (SUS) and constitutes the scope of RAPS. However, in many municipalities in Minas Gerais, especially those with lower population density and/or located in regions farther from major urban centers, gaps in the implementation of mental health policy can be observed. This situation often leads to numerous legal actions seeking involuntary psychiatric hospitalization as the first or only available option for citizens. This judicialization, sometimes avoidable, represents a setback from the current care model and constitutes a violation of the rights of users who need their inclusion or permanence in the services provided in the mental health network. With the aim of contributing to the reevaluation of the situation described, this intervention project proposes the creation and implementation of committees through a technical cooperation agreement between the Public Prosecutor's Office of Minas Gerais and the Municipalities of Minas Gerais, through their respective Municipal Health Departments. The goal is to specialize and personalize the assistance for users seeking help from the Health Defense Public Prosecutors' Offices. The methodology employed involved a situational diagnosis, observation of interinstitutional dialogue practices, and a review of literature and jurisprudence on the subject. This was done to understand the current scenario, measure the known and addressed demand in the municipalities of Belo Horizonte and Alfenas, and enable the construction of information flows, team size estimation, and training of professionals who will be part of the Interinstitutional

Mental Health Committees between the involved organizations (Public Prosecutor's Office/Municipal Health Department) for the launch of a pilot project to assess its effectiveness.

Keywords: intervention project; mental health; (de)judicialization of health; interinstitutional dialogue.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1- A política de Saúde Mental do SUS- BH.....	27
Figura 2- Componentes da RAPS e seus respectivos pontos de atenção definidos na Portaria MS 3088/2011 25	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGU	Advocacia Geral da União
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
COMPOR	Centro de Autocomposição de Conflitos e Segurança Jurídica
CRDS-Macro Sul	Coordenadoria Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Macrorregião Sanitária Sul de Minas
DP	Defensoria Pública
GT	Grupo de Trabalho
MP	Ministério Público
MPMG	Ministério Público do Estado de Minas Gerais
MPSC	Ministério Público de Santa Catarina
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PI	Projeto de Intervenção
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SRT	Serviço Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TCT	Termo de Cooperação Técnica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivo Específico	18
3.2 Objetivos Indiretos	18
4. REVISÃO DA LITERATURA / MARCO TEÓRICO.....	19
4.1 Efetivação jurídica do direito à saúde. Aspectos acerca da judicialização da saúde.....	19
4.2 A saúde mental sob a perspectiva histórica e dos desafios políticos e jurídicos atuais...	23
4.3 Juridicização em saúde mental: estratégia extrajudicial de atuação do Ministério Público	31
5. METODOLOGIA.....	35
6. PLANO DE AÇÃO.....	37
7. CRONOGRAMA.....	41
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

1. INTRODUÇÃO:

Desde a instituição do SUS, embora a Política de Saúde Mental tenha se reestruturado e se pautado em diretrizes que primam pelo cuidado em liberdade, redução de danos e vulnerabilidade, além da preservação da autonomia, temos presenciado, na prática, um aumento exponencial de reivindicações judiciais, sobretudo de cunho individual, envolvendo questões afetas à saúde mental – especialmente no que pertine às internações psiquiátricas compulsória ou involuntária¹ – cujo fenômeno, por sua complexidade, está a merecer maior atenção e análise por parte dos atores envolvidos nesta seara, dentre os quais podemos destacar o Ministério Público do Estado de Minas Gerais – legitimado para a propositura de ações judiciais ou instado a atuar como *custos legis* – e as Secretarias Municipais de Saúde – responsáveis pela organização da RAPS nos municípios.

Não se pode olvidar que a escassez de recursos, a falta de investimentos em saúde mental, a existência de vazios assistenciais e a falta de continuidade do serviço de saúde mental, principalmente na Atenção Primária do SUS, podem dificultar o acesso, a oferta de serviços comunitários, o atendimento integral e a disponibilidade de profissionais capacitados, levando a um maior apelo pela internação compulsória judicializada como primeira (ou única) alternativa. Todavia, é fato que a falta de conhecimento sobre as alternativas de cuidado, o estigma, a discriminação e/ou a própria ausência de compreensão em relação aos transtornos mentais, tanto dos usuários, como dos familiares, assim como o desconhecimento do fluxo da RAPS, também podem contribuir sobremaneira para que se recorra à internação compulsória como uma resposta imediata e simplista à tentativa de resolução das questões relacionadas à saúde mental, aumentando o número de demandas judiciais sobre o tema, as quais, por vezes, ao invés de beneficiarem o usuário, acabam por ferir de morte seus direitos humanos.

Essa demanda judicial crescente, em completo descompasso com os ditames da RAPS, da legislação em vigor, dos objetivos traçados no Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030 e dos ideais da Reforma Psiquiátrica, acabam por comprometer os princípios basilares do SUS e os direitos de seus usuários, na medida em que provoca um desequilíbrio no orçamento público destinado à RAPS (haja vista que as judicializações das internações compulsórias

¹A Lei 10.216/2001, que estabelece normas sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e regula os tipos de internações psiquiátricas, em seu artigo 6º, prevê três hipóteses de internação, a saber: **Voluntária**: que se dá com permissão ou concordância do internado, mediante sua assinatura; **Involuntária**, que ocorre à pedido da família ou responsável, independente de aceitação pelo internado, mediante relatório médico e comunicação ao Ministério Público em 72 horas; e, **Compulsória**, que decorre de ordem judicial.

geram custos altos para o atendimento de um único cidadão, impactando o orçamento destinado à política pública estabelecida a uma coletividade); uma inversão no fluxo do atendimento à pessoa com transtorno mental (eis que o usuário é, por vezes, internado compulsoriamente, sem antes ter sido contemplado com outras alternativas disponibilizadas na rede); a perda da possibilidade de adoção de um atendimento contínuo, integral, humanizado, em comunidade e de caráter preventivo e da promoção da saúde; além da exigência depositada aos operadores do direito em possuir saberes concernentes à medicina para subsidiar suas tomadas de decisões.

Visando dirimir esses entraves e desafios atuais no campo da saúde mental, este Projeto de Intervenção propõe, então, a criação e implementação de **Comitês em Saúde Mental, Municipais ou Regionais**, com a celebração de convênio de cooperação técnica entre o Ministério Público de Minas Gerais e os Municípios, por meio de suas respectivas Secretarias Municipais de Saúde, com o escopo de especializar e personalizar o atendimento do usuário de saúde mental que venha procurar assistência junto às Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde.

Assim, pretende-se reforçar a adoção de medidas de juridicização da saúde mental, ou seja, resoluções extrajudiciais através de diálogos necessários para a ressignificação do cuidado em liberdade, com vistas à redução da judicialização da saúde mental, em especial no que se refere às internações compulsórias, maximizando medidas de qualificação das ações e serviços da RAPS.

Cumprе contextualizar que a juridicização, diferentemente da judicialização, avança na perspectiva onde o Estado se efetiva por interesse ao direito do cidadão. No Brasil há instituições que, com suas funções descritas nos artigos 127 a 135 da Constituição de 1988, podem atuar para efetivar o direito à saúde, agindo de maneira independente, como órgão central na proteção de direitos da sociedade, dentre as quais podemos destacar o Ministério Público (MP), a Advocacia Geral da União (AGU), as Procuradorias dos Estados e Municípios e a Defensoria Pública (DP). Estas mesmas instituições jurídicas, tal como ocorre com a Defensoria Pública e o Ministério Público, podem atuar tanto judicialmente quanto de forma extrajudicial.

Este projeto de intervenção é, portanto, uma estratégia de ação de caráter preventivo e de promoção à saúde mental, por se tratar de um plano que incentiva a adoção de medidas que alicerçam o atendimento de cidadãos que procurem pelo Ministério Público Estadual de Minas Gerais, a fim de demandarem a prestação dos serviços de saúde mental, de modo a evitar o ajuizamento de ações. Prestigiando a busca por uma solução administrativa para oferta de cuidado personalizado e eficaz ao atendimento da demanda em concreto, menos onerosa, mais

alinhada com os princípios dos direitos humanos e norteadores da reforma psiquiátrica brasileira, através de uma abordagem multidisciplinar e integrada da RAPS que, inclusive, pode buscar parcerias com outras áreas, tais como a assistência social, educação e o trabalho, espera-se a satisfação das reais necessidades dos usuários atendidos.

2. JUSTIFICATIVA:

Verifica-se que, mesmo com a criação de serviços em substituição ao regime de internações psiquiátricas, ainda hoje é visível a desarticulação na rede de atenção à saúde mental, mostrando-se intensa a busca por serviços desta natureza, sobretudo nos casos que envolvem dependentes químicos, o que implica no considerável aumento por tutelas jurisdicionais que têm por escopo a internação psiquiátrica compulsória (Roteiro de Atuação – CAO SAÚDE – Tutela Coletiva em Saúde Mental²)

Neste contexto, este Projeto de Intervenção se justifica pela necessidade em estabelecer boas práticas de intercâmbio e consenso através do diálogo entre a gestão pública e as Instituições Jurídicas, com vistas à efetivação do direito à saúde e resoluções administrativas no campo da saúde mental.

Não é de hoje que reuniões são promovidas entre membros do Ministério Público e gestores do SUS, incluindo-se aqueles vinculados à gerência da saúde mental dos municípios, com o intuito de promover a articulação entre as instituições e a prevenção da excessiva postulação de internações compulsórias dos usuários portadores de transtornos mentais ou em uso (prejudicial ou não) de álcool e drogas. Estas reuniões possibilitam a obtenção de informações sobre o fluxo estabelecido dentro da RAPS e quais estratégias podem e devem ser adotadas para a efetivação da política pública correspondente. No entanto, é preciso avançar nesse diálogo interinstitucional, através da adoção de mecanismos formais e estruturados, com delineamento de objetivos e metas a serem atingidas.

Trata-se, portanto, da necessidade de adoção de uma estratégia de ação, de caráter preventivo e de promoção à saúde mental, consistente na elaboração de um plano que possa incentivar a adoção de medidas que procurem alicerçar o atendimento de cidadãos que se dirijam ao Ministério Público Estadual de Minas Gerais, a fim de demandarem a prestação dos serviços de saúde mental, de modo a evitar o ajuizamento de ações judiciais.

Esta nova estratégia prestigia a busca por uma solução administrativa para oferta de

² Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/portal/menu/areas-de-atuacao/cidadania/saude/area-restrita/material-de-apoio/saude-mental-alcool-e-outras-drogas.shtml>. Acesso em 2 out.2023.

cuidado personalizado e eficaz ao atendimento da demanda em concreto, de forma menos onerosa, mais alinhada com os princípios dos direitos humanos e norteadores da reforma psiquiátrica brasileira, através de uma abordagem multidisciplinar e integrada da RAPS que, inclusive, pode buscar parcerias com outras áreas, tais como a Assistência Social, Educação e o Trabalho, visando a efetivação das reais necessidades dos usuários atendidos.

A essencialidade de sua implementação advém da real possibilidade de redução do número de ações judiciais em matéria de saúde mental, especialmente daquelas em que se determina ao Estado a realização de internações compulsórias, já que, através das medidas ora propostas, proporcionar-se-á um maior conhecimento acerca das políticas públicas de saúde, possibilitando melhor orientação aos usuários. Também servirá de instrumento de centralização das informações sobre a qualidade e acesso aos serviços de saúde mental prestados no município, além de servir de subsídio à formação de um banco de dados sobre as maiores demandas dos munícipes em tal seara.

A proposta também se coaduna com o lema “Mais Soluções, Menos Ações”, do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, que vem apostando na adoção de políticas de resolução de conflitos. Nesse sentido, em setembro de 2021, a Procuradoria-Geral de Justiça do MPMG criou um órgão específico para tais fins – o Centro de Autocomposição de Conflitos e Segurança Jurídica (COMPOR) –, com o objetivo de incentivar a negociação, a mediação, a conciliação, as práticas restaurativas e as convenções processuais, assim como executar, em caráter principal, os processos de autocomposição.

Também merece destaque, nesta oportunidade, a adesão do Ministério Público de Minas Gerais, em maio de 2021, ao acordo de cooperação celebrado entre o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) e o Ministério da Saúde, para o intercâmbio de informações e implantação de ações destinadas ao aprimoramento das políticas públicas de saúde e da boa aplicação de recursos públicos³, tendo por objetivo precípuo o aperfeiçoamento da gestão, através do diálogo interinstitucional.

Com o mesmo intuito, destacamos o convênio firmado, em maio de 2023, entre o Ministério Público de Santa Catarina (MPSC) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), visando o acompanhamento, a fiscalização e a qualificação da saúde pública no Estado. No campo da saúde mental, aludido convênio viabilizará a seus signatários e à comunidade o acesso a evidências científicas, pesquisas e orientações técnico-jurídicas

³ Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/todas-as-noticias/14201-mp-mg-adere-ao-acordo-de-cooperacao-celebrado-entre-cnmp-e-ministerio-da-saude>. Acesso em 13 set. 2023.

relacionadas à saúde mental e à organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁴.

Outro bom exemplo de estabelecimento formal de diálogo interinstitucional a ser citado é o Termo de Cooperação Técnica estabelecido entre o município de Belo Horizonte e a Defensoria Pública de Minas Gerais, desde o ano de 2011, para o atendimento das demandas de medicamentos, procedimentos e insumos médicos, por meio de soluções extrajudiciais⁵.

Seguindo este mesmo viés, encontramos um Termo de Cooperação Técnica firmado entre a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Paracatu e a Secretaria Municipal de Saúde, com vistas à implementação de uma Câmara de Resolução de Litígios da Saúde, tendo por objetivo a prestação de assessoria técnica ao Órgão de Execução do Ministério Público da curadoria da saúde, a fim de prestar auxílio no atendimento das partes assistidas pelo MPMG que demandem a prestação de serviços de saúde, de modo a evitar o ajuizamento de ações, através da busca de soluções administrativas para oferta de medicamentos, insumos nutricionais, internações, agendamento de procedimentos, exames médicos, entre outros.

Adentrando ao campo da atenção à saúde mental, constatamos a existência de uma exitosa prática, também decorrente da celebração de Termo de Cooperação Técnica (TCT), desta feita entre a Defensoria Especializada de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), possibilitando maior qualificação no acolhimento e atendimento aos assistidos da DPMG⁶, através da realização de reuniões semanais, em que um profissional capacitado (Referência Técnica) da Gerência da Rede de Saúde Mental da SMSA faz os atendimentos aos assistidos da Defensoria Pública para análise dos fatos singulares, com o consequente estabelecimento de ações que possibilitem a efetivação da política pública e da garantia ao direito à saúde de cada indivíduo.⁷ Esta prática, também adotada na Comarca de Ponte Nova, vem apresentando indicadores significativos, resultando em excelente percentual de resolutividade extrajudicial (cerca de 90%) das demandas de saúde pública que chegavam até a DPMG através de seus assistidos.

À vista do exposto, observa-se que a dialogicidade vem ganhando força e espaço no

⁴ Disponível em: <https://www.mpsc.mp.br/noticias/mpsc-e-ufsc-firmam-convenio-para-acompanhamento-fiscalizacao-e-qualificacao-da-saude-publica->. Acesso em 01 set.2023.

⁵ Disponível em: <https://defensoria.mg.def.br/defensoria-publica-de-minas-e-prefeitura-de-bh-ampliam-parceria-para-o-fornecimento-de-fraldas-geriatricas/>. Acesso em 03/set.2023.

⁶ Disponível em: <https://defensoria.mg.def.br/janeiro-branco-convenio-da-defensoria-publica-de-minas-gerais-presta-atendimento-especializado-na-area-de-saude-mental/>. Acesso em 17 set.2023.

⁷ Disponível em: <https://defensoria.mg.def.br/defensoria-de-minas-prioriza-solucoes-extrajudiciais-para-garantir-o-direito-a-saude-dos-assistidos/>. Acesso em 03.set.2023.

cenário político atual, se mostrando como grande tendência na resolução de questões afetas ao campo da saúde pública, porquanto capaz de possibilitar a interlocução de práticas, ideias e conceitos entre gestores, profissionais técnicos em saúde, usuários dos serviços disponibilizados pelo SUS e instituições de defesa dos direitos fundamentais dos cidadãos, de forma a qualificar as decisões administrativas, tornar o sistema viável, incentivar a eficiência da política pública e atender aos anseios e necessidades da população atendida pelas ações e serviços de saúde.

3. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo Geral: criar e implementar comitês de saúde mental visando a articulação interinstitucional entre o Ministério Público do Estado de Minas Gerais e a(s) Secretaria(s) Municipal(is) de Saúde, com o escopo de melhorar a coordenação e fluxo de informações entre os serviços disponibilizados (RAPS) às pessoas com transtorno mental e/ou portadoras de necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas, de forma a evitar a fragmentação do cuidado e garantir uma assistência integral, humanizada, singular, efetiva e preventiva.

3.2 Objetivo Específico: especialização e personalização do atendimento do cidadão que busca auxílio junto ao Ministério Público do Estado de Minas Gerais para resolução de demandas relativas à saúde mental, visando à garantia do acesso, de forma administrativa, através do retorno ou da inserção do mesmo à RAPS.

3.3 Objetivos Indiretos:

- Melhorar o acesso da rede de atenção psicossocial do SUS de forma mais célere e resolutiva;
- Reduzir o número de novas ações judiciais desnecessárias;
- Possibilitar uma análise interinstitucional da real necessidade do assistido;
- Obter informações capazes de nortear a formulação de propostas de (re)estruturação da RAPS.
- Evitar judicializações desnecessárias.

4. REVISÃO DA LITERATURA/MARCO TEÓRICO:

4.1 – Efetivação jurídica do direito à saúde. Aspectos acerca da judicialização da saúde.

Após as atrocidades contra a saúde, a vida e a dignidade da pessoa humana, ocorridas na segunda guerra mundial, inúmeros esforços internacionais se consubstanciariam em um incansável movimento em prol do reconhecimento dos direitos humanos e, em especial, o direito fundamental à saúde.

Tratados e Declarações, tais como, a Carta das Nações Unidas (1945)⁸, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)⁹, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966)¹⁰, a Declaração de Alma-Ata (1978)¹¹, foram propulsores e essenciais para a positivação deste direito no âmbito internacional. Porém no Brasil, o direito à saúde somente se consagrou formalmente quarenta anos depois com a Constituição Federal de 1988-CF/88 (AITH, 2019).

Positivado no artigo 6º da CF/88 como um direito social¹², o direito à saúde foi fruto da luta do movimento sanitário iniciado por volta da década de 70, que tinha como objetivo a democracia, a seguridade social e o “reconhecimento do direito à saúde como inerente à conquista da cidadania” (PAIM; SILVA; SCHRAIBER, 2014). Seus ideais, portanto, resultaram na proposta do conceito ampliado de saúde na 8º Conferência Nacional de Saúde em 1986¹³ e

⁸ A Carta das Nações Unidas de 1945 culminou na Organização mundial de saúde (OMS) em 1946 a qual definiu o conceito de saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). Este momento histórico, representou um enorme avanço na positivação dos Direitos Humanos, nele incluído o direito à saúde que foi considerada essencial para a paz, segurança e desenvolvimento universal da qualidade de vida de todos os povos.

⁹ A Declaração Universal dos Direitos Humanos trouxe a concepção atual dos direitos fundamentais com as características de universalidade, indivisibilidade e a interdependência dos Direitos Humanos. Já o reconhecimento do direito fundamental à saúde está enfatizado no artigo 25 que aduz: “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle” (ONU, 1948).

¹⁰ O Pacto dos Direitos Sociais, Culturais e Econômicos contempla o direito fundamental à saúde como um direito social no artigo 12 que aduz: 1- Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental. [...] (ONU, 1966).

¹¹ A Declaração de Alma-Ata de 1978 enfatizou a saúde como direito fundamental e como uma das principais metas mundiais a ser alcançada de forma intersetorial (WHO, 1978).

¹² Artigo 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Brasil, 1988).

¹³ Conceito Ampliado de Saúde: Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato.

culminou na universalidade do direito à saúde de forma explícita na nossa Constituição de 1988 que aduz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Com esta nova previsão constitucional, o sistema de saúde brasileiro que antes era excludente, contributivo e baseado no sistema de proteção social do tipo seguro social, passou a ser universal, nacional e gratuito, fulcrado no tipo de proteção de Seguridade Social¹⁴, cabendo ao Estado a responsabilidade pela implementação de ações positivas que visem ofertar garantia ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Assim, com o advento da Constituição Federal de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma das formas de dar garantia ao reconhecido direito fundamental à saúde, de forma a organizar as ações e serviços públicos de saúde, cuja previsão legal está, principalmente, no texto constitucional dos artigos 196 a 200 e nas Leis Orgânicas da Saúde (LEI 8080/90 e Lei 8142/90).

O SUS é, portanto, uma “instituição-organismo de Direito Público que reúne os instrumentos necessários para que o Estado brasileiro desenvolva as atividades necessárias para a garantia do Direito à saúde no Brasil” que é orientado por um conjunto de princípios e diretrizes os quais integram e organizam diversas outras instituições jurídicas (AITH, 2019).

O SUS é uma instituição jurídica criada pela Constituição Federal de 1988. A nossa carta define o SUS (art. 198), estabelece as suas principais diretrizes (Art. 198, incisos I a III), expõe algumas de suas competências (art. 200), fixa parâmetros de financiamento das ações e serviços públicos de saúde (art. 198, parágrafos 1º a 3º) e orienta, de modo geral, a atuação dos agentes públicos estatais para a proteção do Direito à saúde (arts. 196, 197 e 198, caput). (AITH, 2019, p. 50)

O SUS nasceu não só como uma garantia, mas também, como uma forma de “dar materialidade à política de saúde” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012), regido pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade e tendo como diretrizes a participação

Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Anais da 8a CNS, 1986).

¹⁴ A Seguridade Social está prevista no artigo 194 da CF/88, sendo a saúde um dos seus pilares, juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

popular, a descentralização e o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas.

Porém, desde o reconhecimento do direito à saúde, como da instituição do SUS e suas normas correlacionadas vigentes, crescentes entraves doutrinários e judiciais estão ocorrendo na persecução da efetividade de proteção, na concretude deste direito e, consequentemente, da consagração da vida em sua plenitude.

Com vistas a garantir a efetividade do direito à saúde, como direito fundamental, tem-se lançado mão de diversos instrumentos, dentre os quais destacamos: políticas econômicas e sociais eficientes (bem planejadas e executadas); políticas de saúde que reflitam as verdadeiras necessidades em saúde da população; leis eficazes; mecanismos de juridicização¹⁵ da saúde; e até mesmo a proteção judiciária através da judicialização¹⁶ (AITH, 2022).

Observa-se, portanto, que a judicialização não é o único instrumento de efetividade, mas na prática do contexto atual, ela tem se tornado notoriamente crescente (CONASEMS, 2022), sendo muitas vezes a primeira opção utilizada para a proteção ao direito à saúde, o que leva a uma subversão da lógica executiva e organizativa do nosso sistema de saúde.

Esse “crescente protagonismo do sistema de justiça como instrumento para acesso e garantia da efetividade” do direito à saúde pode estar relacionado, entre outras razões, “à tensão entre a garantia abstrata do direito e a carência de efetividade”, “ao uso da via judicial por indivíduos e grupos minoritários que não participam do processo de tomada de decisão como recurso para acesso e para inserir seus pleitos na agenda dos governantes; à influência da indústria farmacêutica e de insumos para a saúde sobre profissionais e pacientes como forma de forçar a incorporação de produtos e procedimentos pelos sistemas de saúde” (OLIVEIRA, 2022)

Por certo, não há o que se questionar a respeito da judicialização quando, no caso concreto, houver realmente uma falha, uma inércia ou até mesmo uma ineficiência do aparato administrativo respaldado em um direito legítimo não reconhecido. Afinal, o direito à saúde é um direito subjetivo público, de segunda geração, fundamental e, portanto, exige do Estado prestações positivas, através de ações e serviços (as quais são de relevância pública¹⁷) que possibilitem a universalidade, equidade e integralidade para sua proteção e efetividade.

¹⁵ Este tema será melhor abordado e conceituado no item 4.3 do presente projeto.

¹⁶ Segundo Luís Roberto Barroso (2021, p.44), a judicialização “significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário”.

¹⁷ **Art. 197.** São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.” (BRASIL, 1988).

A preocupação que a judicialização da saúde tem causado nos gestores dos distintos poderes não está ligada ao fato de um direito legítimo ser judicializado, mas com o ônus de tal fenômeno na própria estrutura judicial e, além disso, nos custos para a máquina administrativa dos executivos nacionais e subnacionais. (CNJ, 2021)

Mas é importante destacar que este instrumento deve ser utilizado como última *ratio* no que tange ao núcleo saúde, pois inúmeros impactos, a curto e longo prazo, interferem diretamente tanto no custo processual jurídico, como no próprio Sistema Único de Saúde, seja na gestão, no orçamento e até mesmo na efetivação da própria política demandada.

Estima-se em R\$7 bilhões o gasto anual total do SUS para o cumprimento de decisões judiciais. Embora esse número seja difícil de precisar, dados do Tribunal de Contas da União (2017) mostram que este gasto atingiu cerca de R\$1 bilhão em 2015 apenas no Governo Federal. No Estado de São Paulo este valor também já ultrapassou R\$1 bilhão em alguns anos. Some-se a isso o gasto de todos os outros estados e Distrito Federal, mais os 5.570 municípios, e a conclusão inescapável é que a judicialização da saúde representa um gasto muito significativo para o SUS. (CONASEMS, 2022)

Desta forma, as decisões judiciais que não consideram adequadamente a “evidência científica, as prioridades de saúde da população, eficiência do gasto público e a sustentabilidade do sistema”, muitas vezes, reforçam a “realidade de escassez e subfinanciamento”, principalmente do ente municipal (CONASEMS, 2022), que acaba realocando recursos em demandas não democráticas, ao invés de investir na política de saúde que foi planejada para uma prioridade de saúde da população, baseada no princípio da eficiência (custo-efetividade) de forma a consubstanciar a equidade.

Em um estudo para se estimar os custos gerados pelo tratamento das demandas judiciais em saúde, DE Almeida Costa et al (2021) concluíram que “caso um medicamento geral tramite em primeira instância, segunda instância e instância extraordinária, o custo total estimado dos processos é de, aproximadamente, R\$ 26 mil. Esses custos oneram os cofres públicos e reduzem recursos que poderiam ser aplicados na saúde preventiva e corretiva dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Sendo assim, se por um lado a judicialização é uma solução, por outro ela destina-se a criar mais desigualdade e ineficiência no SUS, uma vez que cria duas portas de entrada (pelo judiciário e pelo administrativo) enfraquecendo a política e comprometendo “uma parcela enorme de orçamentos municipais de saúde, afetando outros serviços e usuários” (CONASEMS, 2022). Tais consequências geram uma insegurança jurídica e uma restrição no desenvolvimento do SUS (devido à ineficiência no uso dos recursos públicos).

Para limitar estas demandas judicializadas, alguns critérios têm sido estabelecidos nos temas repetitivos ou de repercussão geral como: Tema 793 (STF), Tema (106 STJ), Tema 500 (STF), Tema 006 (STF), Tema 1234 (STF). Mas estes critérios ainda não são tão bem delimitados (como ocorre no caso do critério hipossuficiência) ou até mesmo geram ainda mais controvérsia na doutrina, uma vez que afrontam o princípio da universalidade (ALCÂNTARA, 2021).

Entretanto, “embora muito se debata sobre o tema judicialização do direito à saúde, pouco se discute acerca da atuação prévia, extrajudicial, das instituições do sistema de Justiça voltadas para a efetivação do direito à saúde” (OLIVEIRA, 2022).

Neste viés, a juridicização das relações sociais permite um diálogo entre a sociedade e as instituições (Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos de Saúde, Secretarias de Saúde e outros), sob a perspectiva jurídica, no processo de interpretação constitucional e aplicação do direito no caso concreto dos litígios e necessidades dos usuários do SUS.

Esta estratégia extrajudicial de resolução dos conflitos permite não só a redução do ônus orçamentário das demandas judiciais, como também cria parcerias em prol da efetivação do direito à saúde e permite tanto a continuidade como o desenvolvimento das políticas de saúde.

4.2 A saúde mental sob a perspectiva histórica e dos desafios políticos e jurídicos atuais.

Historicamente, desde o início do Racionalismo (século XVII), houve uma mudança do lugar social ocupado pela pessoa considerada “louca” (enfermo mental), fato este que influenciou e, ainda reflete, a compreensão da condição de cidadania dos portadores de sofrimento mentais, assim como das políticas de atenção psicossocial ao longo do tempo.

Com o emergir do Racionalismo, a loucura deixa de pertencer ao âmbito das forças da natureza ou do divino, assumindo o status de desrazão, sendo o “louco” aquele que transgride ou ignora a moral racional. Neste contexto, surge a associação com a periculosidade, visto que, uma vez desrazoado, representa o não-controle, a ameaça e, por conseguinte, o perigo. A loucura ganha um caráter moral, passando a ser algo desqualificante, e que traz consigo um conjunto de vícios, como preguiça e irresponsabilidade. (DE OLIVEIRA ALVES *et al*, 2009)

Este novo lugar do “louco”, compreendido através da Razão e do discurso da ciência, gerou uma polaridade/binaridade, ou seja, uma dicotomia na cidadania e, como consequência, a exclusão do que não é considerado normal. A loucura, portanto, era “excluída da possibilidade de participação no pacto social, nas relações sociais, selando uma espécie de morte social para os sujeitos considerados alienados ou doentes mentais” (AMARANTE e TORRE, 2018).

Assim, no final do século XVIII surgiram os manicômios¹⁸ e hospícios, com fundamento em uma medicina mental que mais tarde seria chamada de clínica psiquiátrica. A institucionalização passou a ser um ato terapêutico em busca do tratamento moral e da cura. Consequentemente, os loucos eram marginalizados e submetidos às técnicas de sociabilidade asilar, estratégias de tratamento moral com base na medicina mental para recuperarem a condição de sujeitos. Houve, portanto, um paradoxo estrutural - normal *versus* anormal - o qual permaneceu até o século XIX, ocasião em que o “louco” acabou sendo destituído dos seus direitos civis, políticos e sociais de forma plena.

A institucionalização da loucura, que tem no Manicômio o seu maior expoente, através de uma cultura asilar, cujo tratamento moral, com seus ideais de punição, regulação e sociabilidade, promove o surgimento de verdadeiras ‘fábricas de loucos’, reprodutoras de uma concepção preconceituosa e totalitária, que discrimina, isola, vigia e tem, na doença, o seu Único e absoluto objeto. Os Hospitais Psiquiátricos são comparados a grandes campos de concentração, devido à miséria e maus tratos a que são submetidos os internos. (AMARANTE e TORRE, 2018)

Ora, se por um lado a psiquiatria até meados do século XIX possibilitou a assistência médica aos loucos, por outro lado, por um longo período, ela reforçou a exclusão do enfermo mental baseada nos fundamentos do “isolar para conhecer” e “isolar para tratar”, tanto no mundo ocidental e, principalmente no Brasil. Esta cultura institucional e segregacionista com ideias de punição e tratamento moral permaneceu ainda por quase duzentos anos (AMARANTE; TORRE, 2018).

Foi somente em meados do século XX, após a segunda guerra mundial, que emergiu a necessidade de redimensionar o ser humano e seus direitos. Várias críticas à estrutura asilar passaram então a impulsionar os movimentos que buscavam humanização e o rompimento da cultura segregacionista e práticas institucionais excludentes. Um grande exemplo foi o movimento de desinstitucionalização da psiquiatria italiana iniciado por Franco Basaglia que visou a substituição da “lógica hospitalocêntrica”, pautada na exclusão social, por intervenções de reinserção social do indivíduo, “considerando sua complexidade, através de um trabalho interdisciplinar e psicossocial”, ou seja, exercendo sua plena cidadania (AMARANTE; TORRE, 2018).

Desde então, este movimento marcou o início da Reforma Psiquiátrica que influenciou vários países a adotar um novo olhar, uma nova prática no tocante à Saúde Mental até os dias atuais.

¹⁸ O primeiro modelo asilar foi instituído por Pinel em 1793.

Assim, a saúde mental está ganhando cada vez mais espaço na agenda política global e local, bem como nas discussões políticas e decisões judiciais. Planos de ação, inovações políticas, identificação de determinantes e a formulação de novas diretrizes e legislações destinadas à Saúde Mental estão sendo discutidas e implementadas, tanto no âmbito internacional como nacional. No entanto, ainda há uma emergente necessidade de elaboração de estratégias locais, regionais e, especialmente, interinstitucionais para viabilizar um diálogo que permita a efetivação do direito à saúde integral e dos direitos humanos de todo indivíduo com transtorno mental.

As estatísticas no campo da saúde mental são alarmantes. Segundo o “Relatório Mundial de Saúde Mental: Transformando a saúde mental para todos” (OMS 2022), no ano de 2019 quase um bilhão de pessoas já viviam com algum transtorno mental (atualmente, cerca de 13% da população), sendo que mais de 80% destas vivem em países de baixa e média renda.

De outro turno, os sistemas de saúde mental em todo o mundo são marcados por grandes lacunas: *i)* na governança - baixa adesão às ações e políticas em conformidade com os Direitos Humanos, além da falta de indicadores e metas para monitorar a Saúde Mental; *ii)* nos recursos investidos - apenas 2% do orçamento da Saúde é destinado para a Saúde Mental, sendo que cerca de 2/3 destes se direcionam para hospitais psiquiátricos (OMS, 2019); *iii)* nos serviços - poucos países fornecem intervenções psicossociais na atenção básica, havendo acesso limitado ou inexistente, serviços inadequados ou de pouca qualidade; *iv)* nas informações - pesquisas insuficientes e incapacidade dos países de coletar, relatar e monitorar dados confiáveis e atualizados sobre saúde mental, inclusive sobre políticas, lei e serviços; e *v)* no uso da tecnologia – emprego de metodologias e recursos técnicos inadequados para a saúde mental. Tais falhas estruturais, por sua vez, refletem em respostas insuficientes, inadequadas ou inefetivas dos Sistemas de Saúde mundial à demanda crescente da Saúde Mental (OMS, 2022).

A saúde mental “tem sido uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebendo uma ínfima parte da atenção e dos recursos de que necessita e merece” (OMS, 2022), ou seja, é fato que a saúde mental se constitui ainda em um desafio global a ser enfrentado.

À vista deste panorama, a OMS elaborou um Plano de Ação Integral de Saúde Mental – para os anos 2013-2030 –, que se viu ratificado pelos 194 Estados Membros que a integram, com o objetivo de alcançar os seguintes objetivos: liderança e governança mais fortes e efetivas; oferta de serviços assistências mais integrais, abrangentes e responsivos baseados na comunidade; implementação de estratégias de promoção e prevenção em saúde mental; e o fortalecimento dos sistemas de informações (OMS, 2021).

O Brasil, como Estado Membro integrante da OMS, caminha ao encontro desses

objetivos, embora ainda haja inúmeros desafios a serem ultrapassados. Desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil¹⁹, diversas transformações ocorreram no cenário nacional, tanto no âmbito da assistência à saúde mental como na governança interna do país.

Entre 1991 e 2015, muitas estratégias foram adotadas, pelo Ministério da Saúde, para reduzir ou fechar leitos e hospitais psiquiátricos. Os hospitais psiquiátricos constituíram-se historicamente como instituições que não cumpriam função terapêutica, servindo, sobretudo ao silenciamento, segregação e violação de direitos das pessoas com sofrimento mental grave. Prescindir destes serviços passou a ser um norteador da política de saúde mental do Brasil. (ESPMG, 2022)

Formado inicialmente por um grupo de profissionais de saúde mental, movimentos sociais e familiares de pacientes os quais buscavam a transformação das estruturas arcaicas dos hospitais psiquiátricos para a promoção de um tratamento mais humano, inclusivo e em liberdade, o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil deflagrou uma mudança significativa no sistema de atenção que anteriormente era marcado pelo modelo biomédico asilar/hospitalocêntrico - onde 75% do financiamento federal do Brasil para a saúde mental era destinado a hospitais que funcionavam em condições precárias e com graves violações dos direitos humanos (OMS, 2022).

Esse movimento culminou na promulgação da Lei Federal nº 10.216/2001 - que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais-, conhecida como Lei Antimanicomial, que instituiu diretrizes para a reforma psiquiátrica e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Assim, houve uma reestruturação da assistência psiquiátrica, com o redirecionamento gradual do modelo de atenção e dos recursos, sendo que cerca de 79% do financiamento federal passou a ser investido em um sistema de atendimento baseado na comunidade, com vistas a fornecer uma abordagem garantidora dos direitos humanos dos usuários (OMS, 2022).

A Legislação Antimanicomial, portanto, representa um marco paradigmático na forma como a sociedade brasileira passou a compreender e tratar a questão da saúde mental, tendo como um de seus pilares centrais a promoção da desinstitucionalização, através da substituição dos manicômios por serviços comunitários de cuidado, além da garantia da autonomia e a participação ativa das pessoas em tratamento, e a rejeição da medicalização excessiva.

¹⁹ Os ideais do Movimento da Reforma Psiquiátrica tiveram início na década de 70, porém, foi com a instituição do SUS que se iniciou o “processo de transformação da assistência em saúde mental” visando “a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e a construção de redes de atenção em saúde mental nos municípios, com serviços abertos e territorializados” (ESPMG, 2022).

O principal objetivo da reforma psiquiátrica é a possibilidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido de superação do estigma, da segregação e da desqualificação do sujeito ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. É o que se deseja para nossa realidade. (AMARANTE, 2012)

Nesse novo cenário que se apresentou, pós reforma psiquiátrica, merece realce a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se efetivou, no Brasil, pela Portaria do Ministério da Saúde 3088/2011, quando se passou a adotar um modelo de rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005), em consonância com os princípios da universalidade, equidade e integralidade – inerentes ao próprio SUS –, objetivando a construção de uma sociedade mais inclusiva, valorizando a autonomia, respeitando a diversidade, a dignidade, a singularidade e os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e/ou portadoras de necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas. Atualizada na Portaria de Consolidação nº 3 de 2017, a Rede de Atenção Psicossocial enfatiza, também, a importância da participação social, do fortalecimento do controle social e do estímulo à cidadania ativa, de forma a assegurar o acesso equitativo aos serviços de saúde mental (ESPMG, 2022).

Figura 1: A política de Saúde Mental do SUS- BH



Fonte: BELO HORIZONTE, 2022.

Insta ressaltar que a RAPS é composta por uma variedade de serviços de saúde mental, incluindo centros de atenção psicossocial especializada em diferentes modalidades²⁰, atenção

²⁰ “Entre os anos de 2019 e 2021, quase 60 milhões de atendimentos em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de todo o Brasil” (BRASIL, 2022).

de urgência e emergência, atenção básica em saúde, consultórios de rua, serviços de residências terapêuticas e leitos de acolhimento em hospitais gerais, tendo como principais objetivos promover a desinstitucionalização, a inclusão social e a integralidade do cuidado. Estes serviços oferecidos em Rede proporcionam uma articulação e integração dos serviços ofertados de forma contínua, assim como uma organização “em torno das necessidades clínicas e psicossociais das pessoas com sofrimento mental ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas” (ESPMG, 2022).

Figura 2 - Componentes da RAPS e seus respectivos pontos de atenção definidos na Portaria MS 3088/2011

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção básica em saúde	Unidade Básica de Saúde; Equipe de atenção básica para populações específicas (Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório); Centros de Convivência.
Atenção psicossocial especializada	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de urgência e emergência	SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil
Atenção hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
Reabilitação psicossocial.	Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Fonte: ESPMG, 2022

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do SUS contempla 48 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2.795 Centros de Atenção Psicossocial (Caps); 1.894 Serviços Hospitalares de Referência (Leitos em Hospitais Gerais); 13.219 Leitos em Hospitais Psiquiátricos; 801 Residências Terapêuticas; 183 Consultórios de Rua; 69 Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-juvenil); 128 Equipes multiprofissionais de atenção especializada em Saúde Mental.

O trabalho em rede possibilita a construção de uma atenção compartilhada e singular considerando os territórios existenciais, ou seja, “a vida de cada um, seu cotidiano, suas especificidades e inserções sociais”. Para tanto, a RAPS disponibiliza acolhimento com alteridade, estabelecimento de vínculo, matriciamento²¹ para a promoção da integralidade do cuidado, elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)²², a presença do Técnico de Referência para articular e fazer a interlocução dos pontos de cuidados da rede, e as estratégias de redução de danos (ESPMG, 2022).

Desta forma, desde a instituição da RAPS, a Política de Saúde vem se reestruturando em um modelo psicossocial com diretrizes que primam pelo cuidado em liberdade e em rede, redução de danos e vulnerabilidade, preservação da autonomia e integralidade do cuidado nos moldes dos ideais da Reforma Psiquiátrica.

No entanto, mesmo com avanços significativos no modelo em rede de atenção psicossocial, existem ainda inúmeros desafios acerca da construção da RAPS até o momento atual. Ou seja, implementar, operacionalizar e efetivar os ideais da Reforma Psiquiátrica e a RAPS é um processo complexo que encontra barreiras que perpassam tanto sobre a dificuldade de acesso do indivíduo à rede, como aos entraves na consolidação do seu cuidado integral, ensejando muitas vezes demandas judiciais desnecessárias.

Na implementação, um grande desafio a ser enfrentado é a impossibilidade de todos os municípios conseguirem construir a rede completa, visto terem sido estabelecidos critérios populacionais para pontos da rede como CAPS, equipe de consultório de rua, unidade de acolhimento adulto e infanto-juvenil e leito em hospital geral. Assim, é necessário a implementação de redes regionais com pactuações entre municípios através da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), instância deliberativa do SUS (ESPMG, 2022). Porém, muitas vezes os interesses políticos inviabilizam estas pactuações ou dificultam as articulações de forma efetiva. Consequentemente, a rede além de insuficiente, distribui-se de forma desigual principalmente em grandes centros, dificultando o acesso do indivíduo e sua inserção na rede

²¹ O Matriciamento considera a complexidade do sofrimento e adoecimento. Assim, através da avaliação de todo o contexto histórico e social o qual o indivíduo está inserido, assim como das suas necessidades e possibilidades, cada caso é discutido e há uma proposição de intervenções pelas equipes de especialistas (Equipe de Saúde Mental e Equipe de Saúde da Família) visando uma construção da clínica ampliada com vários sujeitos e saberes (ESPMG, 2022).

²² “O projeto terapêutico singular (PTS) é uma ferramenta para elaboração de ações/estratégias relacionadas ao cuidado de um caso complexo” (ESPMG, 2022) que é construído em reuniões e discussões pelos “profissionais de referência para o usuário e compartilhado com outros profissionais do CERSAM e da rede daquele território, visando sempre a oferta integral de cuidado, considerando saúde mental, saúde física, o campo sócio-familiar, de trabalho, renda, lazer, ocupação, dentre outros” (BELO HORIZONTE, 2022).

de forma contínua e integral.

Mesmo diante dos avanços transformadores, persistem ainda desafios para a efetivação do processo de desinstitucionalização e de consolidação dos cuidados em saúde mental em meio aberto. Dentre as principais dificuldades em curso, podem ser destacadas a insuficiência e distribuição desigual dos serviços, o subfinanciamento, a fragilidade na articulação intra e intersetorial, o estigma atribuído ao sujeito em sofrimento mental e as dificuldades de (re)inserção social. (SAMPAIO E BISPO JÚNIOR, 2021).

Em uma revisão narrativa, os autores Cappi e Santos (2021) identificaram diversos problemas relacionados à crise em saúde mental no contexto da rede de atenção psicossocial, tais como: dificuldades em relação ao atendimento pré-hospitalar prestado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) marcado por “práticas mecanicistas”; falta de humanização; falta de integração com a rede; falta de qualificação dos profissionais tanto na assistência como com os familiares do paciente em crise; problemas como “grande rotatividade de profissionais”; “ausência de conhecimentos científicos atualizados com consequente perpetuação de práticas sem fundamentação científica e permeadas pelo modelo manicomial”; precariedade de infraestrutura; predomínio do modelo manicomial; ausência de matriciamento; número limitado de serviços que acolhem urgência; inexistência de leitos adequados; escassez de psicofármacos; internação como estratégia de cuidado prioritária; entre outros.

Nesse sentido, Chaves *et al* (2022) em uma revisão sistemática reuniu os seguintes percalços descritos nos autores estudados: presença de “vazios assistenciais em diversos pontos de atenção, o que gera fragilidade na cobertura da rede de serviços”, dificuldade em romper com o modelo hospitalocêntrico; “foco na doença, e não no sujeito como um todo”; falta de efetivação na rede articulada com ações integradas; “ausência/ineficiência da comunicação interprofissional”; insuficiência de recursos humanos e materiais, gerando sobrecarga e impactos negativos na prestação da assistência; problemas de gestão; “negligência da família e ausência de ações que integrem (e valorizem) a família no processo de cuidado”; falta de qualificação dos profissionais; “o investimento financeiro na infraestrutura dos estabelecimentos que integram a RAPS”; dentre outros.

Não bastassem todos estes complexos desafios, dois marcos recentes simbolizam retrocesso frente as “estratégias que possuem um olhar integral à saúde mental”, humanizada e em liberdade de cada indivíduo (BARBOSA E FIGUEIREDO, 2023): a Portaria 3588/2017 que incluiu os hospitais psiquiátricos na Rede Atenção Psicossocial e o Decreto nº 9.761/ 2019 que aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas, colocando na centralidade as comunidades terapêuticas, de forma a restringir a política de redução de danos e incentivar as internações.

Assim, os obstáculos já destacados à efetivação das RAPS refletem uma falta de cuidado contínuo e integral aos indivíduos com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, impossibilitam acesso à rede, impulsionam as inúmeras demandas judiciais no campo da saúde mental (principalmente ao tangente às internações compulsórias desnecessárias) que impactam diretamente no planejamento e orçamento público, invalida a gestão municipal, reforça a desarticulação entre as políticas públicas e aumenta as iniquidades uma vez que enfatizam o individual em detrimento do coletivo.

Assim, parece haver um contrassenso nas internações compulsórias, uma vez que, para fazer valer o direito à saúde, cria-se uma porta de entrada paralela à própria organização da política pública, que não altera as condições de vida do usuário, nem o reconhece como capaz de se responsabilizar como sujeito e cidadão. (FERREIRA, 2021)

Face ao exposto, em busca de soluções que priorizam os princípios da Reforma Psiquiátrica e fomentam o desenvolvimento de uma política efetiva no cuidado integral e contínuo na rede SUS, uma nova estratégia pautada no diálogo interinstitucional tem se mostrado essencial: a juridicização.

4.3 – Juridicização em saúde mental: estratégia extrajudicial de atuação do Ministério Público

É indiscutível que, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi atribuído ao Ministério Público Brasileiro um perfil singular, conferindo-lhe autonomia funcional e administrativa, com o escopo de garantir-lhe a capacidade de atuação independente, em prol dos interesses da sociedade e do próprio sistema de Justiça. Ao ser reconhecido como instituição permanente, essencial para manutenção do Estado Democrático de Direito, cuja missão é a defesa intransigente dos direitos fundamentais, o combate à corrupção, a proteção dos mais vulneráveis e a promoção do bem comum, tudo sob a égide do império da lei, fora sublinhada a importância vital do Ministério Público na salvaguarda dos valores democráticos e no fortalecimento do sistema de Justiça do país, reafirmando seu caráter imprescindível para a consolidação de uma sociedade mais justa e equitativa.

Enquanto instância de controle e garantia de direitos fundamentais sociais e coletivos, o Ministério Público Brasileiro, ao longo das últimas décadas, tem procurado desempenhar um papel em constante evolução no âmbito da saúde, mediante o emprego de estratégias judiciais e extrajudiciais, de forma a demonstrar a real possibilidade da coexistência de certa

dialogicidade entre judicialização e juridicização, dentro do amplo rol de atribuições que lhe foram outorgadas pela Constituição Federal de 1988, que o diferenciam tanto do perfil que lhe era atribuído anteriormente à CF/88, quanto das demais instituições congêneres, apontando a existência de um “ministério fiscal” e um “ministério defensor” dos direitos humanos e dos direitos fundamentais sociais (MUSSE, PESSOA, DO NASCIMENTO SAUERBRONN DE SOUZA, 2019).

De acordo com a adoção de estratégias judiciais ou extrajudiciais para exercício de seu *múnus* público, o Ministério Público pode ser classificado em demandista e resolutivo. O *Ministério Público demandista* se caracteriza por exercer suas atribuições privilegiando o processo judicial e, portanto, transferindo ao Poder Judiciário – notadamente por meio do manejo de ações civis públicas – o poder decisório sobre a questão política ou social que lhe fora apresentada e está a merecer intervenção, contribuindo para o que chamamos de judicialização da política e/ou das políticas públicas. Em contrapartida, “o *Ministério Público resolutivo* se apresenta pela proatividade e autonomia na busca de respostas eficientes” (MUSSE, PESSOA, DO NASCIMENTO SAUERBRONN DE SOUZA, 2019) para a resolução dos conflitos sociais que lhe são dirigidos, sem o acionamento do aparato do Poder Judiciário, valendo-se dos instrumentos extrajudiciais que lhe foram outorgados, tais como: (i) realização de audiências públicas²³; (ii) fiscalizações, consubstanciadas em inspeções e diligências investigatórias, de entidades públicas e privadas responsáveis pela execução de serviços de relevância pública; (iii) expedição de recomendações²⁴; (iv) celebração de termos de ajustamento de conduta (TAC)²⁵; (v) “organização de grupos de trabalhos (GTs) e produção de notas técnicas e notas públicas, por meio de um agir multidisciplinar e multissetorial, após ampla reflexão sobre questões de interesse da coletividade, com impacto na construção de políticas públicas”; (vi) participação em comissões e conselhos; (vi) celebração de Termos de Cooperação Técnica; (vii) realização de encontros de gestores e demais atores políticos, mediados pelo Ministério Público; dentre outras formas de diálogo interinstitucional (MUSSE,

²³ “A audiência pública é um potente instrumento de governança, de essência democrática, pois assegura a participação direta do cidadão no processo de tomada de decisões no campo das políticas públicas. No âmbito da saúde mental, propicia uma “discussão densificada quanto à atuação da administração pública” (MUSSE, PESSOA, DO NASCIMENTO SAUERBRONN DE SOUZA, 2019).

²⁴ Instrumental utilizado para que órgãos públicos cumpram determinados dispositivos constitucionais ou legais, evitando-se, pois, que seu destinatário seja acionado judicialmente. Nesse diapasão, pode-se dizer que as Recomendações são expedidas para orientação acerca da necessidade de se observar determinados comandos normativos, visando a adoção de medidas práticas para saneamento de questões sensíveis pelo órgão competente.

²⁵ O Ministério Público Federal define o termo de ajustamento de conduta como acordo que o Ministério Público celebra com o violador de determinado direito coletivo. Este instrumento tem a finalidade de impedir a continuidade da situação de ilegalidade, reparar o dano ao direito coletivo e evitar a ação judicial” (BRASIL, 2023).

PESSOA, DO NASCIMENTO SAUERBRONN DE SOUZA, 2019).

Tem-se, portanto, constatado, na prática, “forte ênfase no trabalho extrajudicial em que Promotores de Justiça e Procuradores da República atuam verdadeira como agentes políticos e mediadores de complexos problemas sociais com o objetivo de promover a efetividade dos direitos sociais, notadamente, do direito à saúde” (OLIVEIRA, 2022).

Nesse cenário de atuação resolutiva pelo Ministério Público, ganha espaço o que se convencionou denominar juridicização, compreendida como um processo que visa um consenso pelo diálogo, pela concessão recíproca, pela regulamentação social no âmbito extrajudicial. Há, portanto, resoluções políticas e sociais pela égide da interlocução entre o Ministério Público e os atores demandantes (MUSSE, PESSOA, DO NASCIMENTO SAUERBRONN DE SOUZA, 2019).

[O] MP desenvolve a capacidade institucional de criar um *espaço de diálogos* ao possibilitar a comunicação entre os principais atores que compõem o processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas públicas em saúde. A atitude ativa e dialógica que alguns membros do MP adotam permitiu resultados positivos na horizontalização da relação entre Estado e sociedade, sobretudo porque permite pensar em novos arranjos institucionais que não necessariamente conduzem à *judicialização* das demandas em saúde. Isso tem permitido ao MP superar uma lógica de efetivação centrada no juiz e propor outras alternativas de atuação calcadas na ideia de *juridicização* das relações sociais. (ASENSI, 2010)

Este movimento de *juridicização* – ou seja, conflitos não levados ao Poder Judiciário, mas que acabam por apresentar discussões e soluções sob a ótica jurídico-normativa, notadamente num momento pré-processual –, constitui-se como importante instrumento de consolidação de princípios constitucionais imprescindíveis à sociedade, além de conferir maior realce à necessidade da utilização de uma justiça preventiva como forma de solidariedade social, contribuindo para a consecução de soluções mais céleres, democráticas e efetivas no âmbito dos direitos difusos e coletivos.

Por certo, a resolução de problemas políticos ou sociais, dentre os quais enfatizamos as políticas públicas em saúde mental e, especialmente, as internações forçadas, sem a participação do Poder Judiciário e com a interlocução entre o Ministério Público e outros atores políticos e sociais – objeto do presente projeto de intervenção – se constitui em uma das formas em que se concretiza a juridicização buscada pelo Ministério Público, nesta seara.

É sabido, segundo números apresentados pelo Conselho Nacional de Justiça²⁶, que a saúde, em seu amplo aspecto, é um dos direitos fundamentais mais judicializados no Brasil, sendo constatado, outrossim, que a saúde mental - como uma dimensão da saúde -, vem trilhando a mesma trajetória. No entanto, neste caminho de judicialização da saúde mental, o que, de fato, se verifica não é o manejo de ações que busquem a salvaguarda dos direitos assegurados a esta parcela da população, mas sim postulações que pretendem restringi-los, sobretudo via internações involuntárias e compulsórias (internações forçadas) dos portadores de transtornos mentais ou em uso abusivo de álcool e outras drogas, provocando a premente necessidade de reflexão sobre o risco concreto de retrocesso representado pelo possível retorno à centralidade das internações, sobretudo forçadas, como estratégia de tratamento, em flagrante desrespeito aos recém-conquistados direitos daquele seguimento social e em franco descompasso com as diretrizes fixadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e normativas internas e internacionais que versam sobre a temática.

Nesse cenário, o Judiciário acaba por encontrar desafios ao lidar com tais demandas, especialmente em relação àquelas relacionadas à saúde mental, porquanto exigem conhecimentos técnicos, organizações e estruturas demasiadamente específicos. Nessa esteira, vem ganhando espaço a adoção de novas estratégias de resolução dos conflitos, mormente de mediação, pactuação e negociação, fundamentalmente céleres e que visam, em certa medida, atuar na efetivação de direitos existentes e na construção de novos direitos, ampliando o emprego da estratégia da juridicização (ASENSI, 2010).

Assim, acerca do papel desempenhado pelo Ministério Público no âmbito da juridicização da saúde, sobretudo como ator de relevo no processo de sedimentação da democracia brasileira, bem como dos reais benefícios na adoção desta estratégia, em detrimento da judicialização da saúde, Felipe Dutra Asensi (2010) pontua que no contexto da juridicização há o estabelecimento de “estratégias de execução pró-ativa de políticas públicas, de modo a consolidar recursos, diretrizes e compromissos a serem implementados num dado tempo pactuado” para a “formulação de consensos que sejam efetivamente plurais”.

Ou seja, o processo de juridicização é essencial para o novo desenho das políticas públicas no campo da Saúde Mental que visam priorizar o efetivo exercício dos “direitos humanos e dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas” (MUSSE, PESSOA, DO NASCIMENTO SAUERBRONN

²⁶ De acordo com dados do Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2022, mais de 297 mil processos judiciais referentes à saúde pública tramitavam na Justiça brasileira. Disponível em: Assuntos (cnj.jus.br). Acesso em 01 out. 2023.

DE SOUZA, 2019), e visam, também, o fortalecimento da rede administrativa pela construção do diálogo entre os atores envolvidos.

Face as inúmeras vantagens ora apresentadas, o Ministério Público, lançando mão do conjunto de atribuições de envergadura constitucional direcionadas à garantia de efetivação dos direitos fundamentais, vem procurando se valer, de forma progressiva, de “instrumentos extrajudiciais que permitam o diálogo, a multidisciplinariedade e a intersetorialidade”. Através de um olhar e uma atuação intersetoriais que norteiam a temática relacionada à saúde mental e o entendimento das resoluções que, de fato, irão contribuir com a efetivação deste direito fundamental e o bem-estar desejados, busca “alcançar maior eficiência e, ao mesmo tempo, auxiliar na estruturação dos serviços necessários”, assumindo papel de “protagonista resolutivo e eficiente, e interlocutor entre todos os atores envolvidos na área da saúde mental, na perspectiva da efetividade dos direitos pelo fortalecimento administrativo da rede de promoção dos mesmos” (MUSSE, PESSOA, DO NASCIMENTO SAUERBRONN DE SOUZA, 2019).

5. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção (PI) de caráter preventivo em saúde mental, com o objetivo de estabelecer o diálogo interinstitucional para resoluções administrativas, fomentar a política existente e, conseqüentemente, evitar o ajuizamento de ações relacionadas a internações compulsórias em saúde mental, que por vezes ferem os direitos humanos e estigmatizam ainda mais os indivíduos com transtornos mentais. Este PI tem como destinatários o Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MP-MG) e os Municípios do Estado de Minas Gerais, por meio de suas respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

Para elaboração do PI foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que tem como proposta a identificação de problemas mal estruturados e complexos, para os quais ainda não há soluções normativas e/ou regularmente definidas para o seu enfrentamento. O PES em saúde possibilita sistematizar um problema identificado a partir do ator que o declarou, e assim detectar as possíveis causas e buscar diferentes formas de abordar e propor soluções.

Diante disso, as autoras deste projeto - uma Promotora de Justiça da 6ª Promotoria de Justiça da Comarca de Alfenas e Coordenadora da Coordenadoria Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Macrorregião Sanitária Sul de Minas (CRDS-Macro Sul), e outra Referência Técnica em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte -, identificaram vários entraves (vazios assistências; falta de estrutura da rede; falta de acesso à

RAPS; desinformação do fluxo da RAPS tanto de usuários, como trabalhadores e familiares dos serviços ofertados; falta de comunicação e diálogo interinstitucional para a resolução administrativa das demandas; entre outros) para a execução da Política Pública de Saúde Mental nas práticas institucionais dos municípios de Alfenas e Belo Horizonte, nos quais laboram. Os entraves e desafios foram discutidos em reunião entre as autoras e refletido nas aulas de Direito Sanitário e saúde mental da Especialização de Direito Sanitário na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

Como fruto de várias reuniões, coleta de dados da prática laboral e reflexões observou-se que em ambos os municípios, Alfenas e Belo Horizonte, apesar de apresentarem realidades estruturais da RAPS muito diferentes, os desafios no campo da saúde mental, capazes de desencadear demandas judiciais (principalmente internações compulsórias) possivelmente evitáveis, mostram-se relevantes, necessitando um olhar direcionado.

Definido o problema, após a etapa supracitada concluída, procurou-se realizar uma revisão bibliográfica para embasamento teórico acerca do tema selecionado. Para tanto, foram providenciadas pesquisas nas seguintes bases de dados eletrônicas: National Library of Medicine (Pubmed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que integra informações científicas e técnicas em saúde das bases Literatura Latino Americana e do Caribe (Lilacs) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), além do Google Acadêmico e Scielo. Utilizou-se como estratégia de busca os operadores booleanos “OR” e “AND” e os indexadores em saúde identificados por meio do DeCs: internação compulsória; judicialização; juridicização; saúde mental; diálogo interinstitucional; RAPs. Além disso, foram utilizados sites do Conselho Nacional de Justiça, do Ministério Público Federal, da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e da Prefeitura de Belo Horizonte.

Visando solucionar o problema, elaborou-se um plano de ação espelhado no modelo exitoso da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em parceria com a Defensoria Pública de Minas Gerais, que promove o diálogo interinstitucional como estratégia extrajudicial resolutiva. Assim, o presente projeto piloto pretende criar Comitês em Saúde Mental Municipais ou Regionais, através da celebração de Termo de Cooperação Técnica entre os órgãos e instituições públicas envolvidos: Ministério Público de Minas Gerais e Secretarias Municipais de Saúde.

Para tanto, optou-se por elaborar um cronograma de implantação do projeto piloto para a instituição desses Comitês nos municípios de referência (Alfenas e Belo Horizonte), uma vez que há acessibilidade para a coleta de dados (planejamento estratégico situacional), acompanhamento (monitorização), e posterior elaboração de dados comparativos para

verificação da eficiência da estratégia escolhida: o diálogo interinstitucional.

6. PLANO DE AÇÃO:

Para a efetiva instituição dos aludidos **Comitês em Saúde Mental Municipais ou Regionais**, através da celebração de Termo de Cooperação Técnica entre os órgãos e instituições públicas envolvidos, apresentamos o presente **PLANO DE TRABALHO**:

I – Identificação do Objeto a ser Executado:

Criação e implementação de **Comitês em Saúde Mental Municipais ou Regionais**, com a celebração de convênio de cooperação técnica entre o Ministério Público de Minas Gerais e as Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais, visando especializar e personalizar o atendimento do usuário de saúde mental que venha procurar assistência junto às Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde.

II – Órgãos Envolvidos:

- i. Município, por meio da respectiva Secretaria Municipal de Saúde;
- ii. Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca correspondente.

III – Plano de Ações:

i. Atendimento semanal (*in locu*) em um dia da semana específico (a escolher) pela Referência Técnica indicada pela Secretaria Municipal de Saúde a fim de que seja realizada a escuta de usuários dos serviços de saúde mental do SUS e seus familiares, que tenham procurado o Ministério Público para solicitação de alguma forma de internação forçada (involuntária ou compulsória).

ii. Identificação da melhor ação para abordar as necessidades das pessoas com transtornos mentais e/ou em uso prejudicial de álcool e drogas, de maneira mais eficaz e observando o fluxo da RAPS, após análise de todas as circunstâncias pessoais, familiares e sociais que envolvam o usuário dos serviços disponibilizados pelo SUS.

iii. Encaminhamento do usuário para a execução das ações necessárias dentro da RAPS e para intervenções de outros setores, como por exemplo, assistência social.

iv. Reuniões semanais entre o Promotor de Justiça/ Coordenador com a Referência Técnica da Saúde Mental para discussão da evolução de cada caso, monitorização e tomada de decisão para novas ações e/ou encaminhamentos.

IV – Etapas ou Fases de Execução:

a. Realização de estudo técnico do cenário atual e mensuração da demanda conhecida e atendida nos municípios de Belo Horizonte e Alfenas.

b. Construção dos fluxos de documentos e atendimento das demandas;

c. Dimensionamento da equipe técnica e capacitação dos profissionais;

d. Criação dos Comitês Interinstitucionais em Saúde Mental;

e. Elaboração de minuta do Termo de Cooperação Técnica;

f. Lançamento dos Projetos Piloto (Belo Horizonte e Alfenas);

g. Criação de conteúdo para divulgação;

h. Monitoramento através dos indicadores.

V – Obrigações do Partícipes:

i. Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde:

a. Fornecer técnicos da área de saúde para atuar auxiliando nos atendimentos realizados pela Promotoria de Justiça com atribuição na defesa da saúde, cujas solicitações tenham por objetivo compelir o Poder Público à oferta de serviços inerentes à saúde mental, em especial internações forçadas (involuntárias ou compulsórias);

b. Arcar com as despesas de pessoal dos técnicos da área de saúde;

c. Prestar informações e esclarecimentos, sempre que solicitados, desde que necessários ao

acompanhamento e controle da execução do projeto;

d. Disponibilizar fluxo para recebimento dos documentos necessários para realização da análise técnica e envio dos relatórios técnicos;

e. Aprovar, excepcionalmente, a alteração da programação de execução do termo de colaboração que vier a ser firmado, mediante proposta do MPE, fundamentada em razões concretas que a justifique;

f. Monitorar, supervisionar, avaliar e fiscalizar todos os serviços objeto do termo de colaboração que vier a ser firmado, sempre que julgar conveniente, com vistas ao fiel cumprimento do ajuste.

ii. **Ministério Público do Estado de Minas Gerais:**

a. Prestar informações e esclarecimentos, sempre que solicitado, desde que necessários ao acompanhamento e controle da execução do projeto;

b. Permitir aos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde manusear os documentos necessários para avaliação das ações e serviços requeridos pelo cidadão;

c. Disponibilizar fluxo para envio dos documentos necessários para realização da análise técnica e recebimento dos relatórios técnicos;

d. Promover reuniões com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, para fins de análise das situações concretas apresentadas, a fim de assegurar o cumprimento do escopo do termo de colaboração que vier a ser firmado;

e. Adotar todas as medidas necessárias à correta execução deste Convênio.

VI – Ônus de aplicação dos recursos financeiros:

Cada conveniente arcará com o ônus relativo às suas respectivas obrigações.

VII – Resultados Esperados:

Estabelecer diálogos necessários para a ressignificação do cuidado em liberdade, com vistas a dirimir aspectos da judicialização da saúde mental, em especial no que se refere às

internações forçadas (involuntárias e compulsórias), maximizando medidas de qualificação das ações serviços da RAPS e priorizando as resoluções administrativas das demandas.

VIII – Ações de Avaliação/Monitoramento:

a. Planilhamento de todas as informações, encaminhamentos e soluções adotadas para resolução das demandas em saúde mental submetidas à análise do Comitê Interinstitucional, para posterior apresentação à Secretaria Municipal de Saúde correspondente, a fim de que possam ser objeto de (re)formulação das Políticas Públicas em Saúde Mental, de modo a melhor atender os usuários de tais serviços.

b. Realização de reuniões trimestrais entre os representantes dos Órgãos/Instituições partícipes, para avaliação do fluxo, demandas, quantitativos de profissionais e equipe técnica envolvidos, visando garantir o atendimento integral das ações e serviços demandados.

c. Proceder à solução da maioria dos casos apresentados ao Ministério Público, com registro do encerramento dos procedimentos administrativos instaurados nos sistemas eletrônicos da instituição (SRU e MPe), sem a necessidade de acionamento do Poder Judiciário para resolução das demandas apresentadas.

d. Coleta da porcentagem do número de casos resolvidos sem ajuizamento de ações para efeito comparativo ao ano anterior.

IX – Prazo de vigência:

Doze meses a partir da assinatura do Termo de Cooperação Técnica, podendo haver prorrogações sucessivas, mediante manifestação de vontade de seus subscritores.

7. CRONOGRAMA:

Plano de Ação	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	Durante todo o projeto
Reunião inicial para apresentação do projeto aos atores (MP e Secretarias Municipais)	X						
Coleta de dados (Diagnóstico Situacional)	X	X					
Elaboração do Termo de Cooperação Técnica		X					
Criação dos Comitês Interinstitucionais		X	x				
Aprovação do projeto pelos Órgãos envolvidos		X	X				
Início das atividades dos Comitês				X			
Reuniões Periódicas de acompanhamento	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento							X

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A Lei Antimanicomial ou Lei 10.216/2001 emergiu com a promessa de revolucionar a abordagem da saúde mental, afastando-se dos modelos de internações longas e desumanas em hospitais psiquiátricos e abrindo espaço para uma abordagem mais inclusiva e centrada na comunidade. No entanto, o aumento das internações compulsórias ou involuntárias que, na prática, temos observado, desafia esses princípios, ignorando a autonomia das pessoas e reforçando a estigmatização que a lei antimanicomial buscou combater.

Por certo, o cerne deste retrocesso reside na herança histórica de políticas públicas inadequadas pautadas no modelo manicomial e ineficiência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) atual. Embora a RAPS tenha sido concebida como um sistema integrado que oferece uma variedade de serviços, desde atenção básica até atendimento especializado, proporcionando uma rede de apoio e orientado para a comunidade, ainda há falta de investimento adequado, capacitação de profissionais, vazios assistenciais e desinformação sobre o fluxo existente.

Assim, a RAPS ainda é uma promessa vazia para muitos, principalmente para municípios pouco populosos. Sem uma RAPS bem estruturada, as opções para as pessoas em crise mental muitas vezes se reduzem a internações compulsórias. Isso não apenas ignora os princípios da dignidade humana e autonomia, mas também desperdiça uma oportunidade de tratar as causas subjacentes dos problemas de saúde mental. Ao invés de abordar as razões pelas quais alguém pode estar enfrentando uma crise, a internação compulsória mascara a questão, tratando apenas os sintomas imediatos.

Além disso, a falta de recursos e capacitação adequada para os profissionais de saúde mental e para os operadores do direito contribui para decisões precipitadas e muitas vezes arbitrárias de internações compulsórias. Isso pode levar a abusos e à privação dos direitos básicos das pessoas, reforçando a visão preconceituosa de que indivíduos com transtornos mentais são perigosos ou incapazes de tomar decisões por si mesmos.

Neste cenário, é crucial reconhecer os benefícios advindos do diálogo interinstitucional na redução do número de internações compulsórias e involuntárias. Quando diferentes setores, como saúde, educação, assistência social e justiça, colaboram de maneira coordenada, é possível identificar estratégias para abordar as necessidades das pessoas com transtornos mentais de maneira mais eficaz. Esse diálogo pode resultar na implementação de programas de prevenção, intervenção precoce e suporte contínuo, reduzindo assim a necessidade de internações forçadas.

Além disso, o diálogo interinstitucional pode promover a sensibilização sobre questões de saúde mental e reduzir o estigma associado a esses transtornos. Quando profissionais de diferentes áreas colaboram e compartilham conhecimentos, a compreensão mútua aumenta, o que pode levar a abordagens mais empáticas e centradas na pessoa.

A atual tendência de retorno à centralidade das internações forçadas é um lembrete doloroso de que, apesar dos avanços legislativos, ainda há um longo caminho a percorrer na transformação da abordagem da sociedade em relação à saúde mental. Por certo, para que os princípios da legislação antimanicomial realmente sejam respeitados é crucial que os governos

invistam na construção de uma RAPS sólida, proporcionando suporte adequado e abrangente às pessoas com transtornos mentais. Ao mesmo tempo, o diálogo interinstitucional deve ser incentivado para criar soluções colaborativas e humanizadas, que diminuam a necessidade de internações forçadas, promovendo assim uma sociedade mais justa e inclusiva.

Dentro deste contexto, a criação e implementação de **Comitês em Saúde Mental Municipais ou Regionais**, formalizados através da celebração de convênio de cooperação técnica entre o Ministério Público de Minas Gerais e os Municípios do Estado de Minas Gerais, por intermédio de suas Secretarias Municipais de Saúde, pretende-se fornecer, através do diálogo interinstitucional, um aparato técnico para atuação no acolhimento de cada indivíduo, com o intuito de garantir o acesso de forma administrativa, através do retorno ou da inserção do usuário no SUS, de modo a lhe propiciar um atendimento mais integral, humanizado, contínuo e vinculativo à rede SUS, além de maior celeridade, resolutividade na oferta dos serviços integrantes da RAPS, com respeito aos direitos fundamentais de cada cidadão, efetivando a política existente e, conseqüentemente, reduzindo a judicialização.

A presente iniciativa, portanto, tem potencialidade para *(i)* interferir de forma positiva na melhor organização da gestão da saúde mental, funcionando como um dispositivo sinalizador da desinformação da população demandante e corretor da descontinuidade administrativa no setor; *(ii)* oferecer subsídios para se efetivar uma nova forma de atuação institucional do Ministério Público no trato de questões relacionadas à saúde mental, ampliando as reflexões sobre seu protagonismo em relação à efetivação de direitos e implementação de políticas públicas através da utilização de meios extrajudiciais de solução de conflitos (juridicização) e utilização da justiça preventiva como fomento à concretização do direito à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde**. Brasília, DF: CONASEMS, 2019.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Palestra ministrada no curso de Especialização de Direito Sanitário**. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Maio/ 2022.

ALCÂNTARA, Flávia Patrícia Cupertino. O SUS como política universal e a (in)devida restrição do acesso à justiça baseada no perfil socioeconômico do demandante. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

AMARANTE, Paulo Duarte de Cravalho. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. *In*: GIOVANELLA et al (orgs.). **Políticas e Sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 635-655.

AMARANTE, Paulo Duarte; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 52, n. 6, p. 1090–1107, 2018. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/77389>. Acesso em: 3 set. 2023.

ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 33-55, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/kbWKmMKq4PjmT7gx3LRr4Yr/>. Acesso em: 01 out. 2023.

BARBOSA, Ellen Inocencio; FIGUEIREDO, Karina Aparecida. Os efeitos da contrarreforma psiquiátrica na política de redução de danos no campo do álcool e outras drogas. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 4, e13812440728, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40728>. Acesso em 17 set. 2023.

BRASIL. **Constituição Federal**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 17 set.2023.

BRASIL. **Lei n.º 10216, 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em 03.set.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS realizou quase 60 milhões de atendimentos psicossociais nos CAPS de todo o Brasil entre 2019 e 2021**. [Brasília]: Ministério da Saúde, 11 abr. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/sus-realizou-quase-60-milhoes-de-atendimentos-psicossociais-nos-caps-de-todo-o-brasil-entre-2019-e-2021>. Aceso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria-Geral da República. Disponível em:

<https://abrir.link/Cvdgs>. Acesso em: 30 set. 2023.

CAPPI, Anna Carla Bento Sabeh; SANTOS, Edirlei Machado dos. Desafios na atenção à crise em saúde mental no contexto da Rede de Atenção Psicossocial: revisão de narrativa. *In*: ZAGO, Maria Cristina. **Saúde mental no século XXI: indivíduo e coletivo pandêmico**. v. 1, n. 1, p. 115-128, 2021. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/210102728.pdf>. Acesso em 30 set. 2023.

CHAVES, Arlane Silva Carvalho *et al.* Recorte temporal dos desafios para implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Mental e Subjetividade**; 14(26):1-19, Jul/Dez, 2022. Disponível em: <https://revistamental.unipac.br/details/3>. Acesso em 17 set. 2023.

CONASEMS. 2022. **4º Manual da Coletânea de Judicialização da Saúde**. 2022. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/lancado-4a-manual-da-coletanea-de-judicializacao-da-saude/>. Acesso em 03 set. 2023.

DE OLIVEIRA ALVES, Carlos Frederico *et al.* Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, v. 72, p. 1, 2009. Disponível em: <https://urx1.com/bNkKT>. Acesso em 03 set. 2023.

DE ALMEIDA COSTA, MSc Student Cecilia *et al.* **Custos da judicialização da saúde no Brasil: Análise do Executivo e Judiciário**. Disponível em: https://anpcont.org.br/wp-content/uploads/2022/05/324_merged.pdf. Acesso em 3 set. 2023.

FERNANDES, Fabíola Ramos. **A saúde no processo de urbanização: desafios para a sustentabilidade urbana**. 2016. 221f. Dissertação (Mestrado) – Escola Superior Dom Helder Câmara, Belo Horizonte, 2016.

FERREIRA, Nathália Lopes Gomes Pinto. **O dilema intervencionista: análise das narrativas jurídicas nas ações de internação compulsória para usuários de drogas em Belo Horizonte**. 2021. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva. Concentração: Saúde Coletiva)-Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51020>. Acesso em 03 set. 2023.

MUSSE, Luciana Barbosa; PESSOA, Olívia Alves Gomes; DO NASCIMENTO SAUERBRONN DE SOUZA, Selma Leite. **Entre judicialização e juridicização: Por um Ministério Público resolutivo nas políticas públicas de saúde mental**, Texto para Discussão, No. 2524, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2019. Disponível em: <https://urx1.com/PF2zc>. Acesso em: 07 set. 2023.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde. *In*: GIOVANELLA *et al* (orgs.). **Políticas e Sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 365-394.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de; **Teoria Jurídica da Atenção Primária à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2022, p. 244-251.

ONU. **Carta das Nações Unidas**. 1945. Disponível em:

<https://brasil.un.org/sites/default/files/2022-05/Carta-ONU.pdf>

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em 19 set. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em 10 set. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da; SCHRAIBER, Lília Blima. O que é Saúde Coletiva. In: *PAIM; ALMEIDA-FILHO (orgs). Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cad Saúde Pública**, 2021;37(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>. Acesso em 11 set. 2023.

WHO – World Health Organization. 1978. **Primary Health Care**. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em 19 set. 2023.

WHO – World Health Organization. 2022. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization; 2022.