

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso tem como objeto a atuação do Ministério Público do Estado da Bahia – MP/BA na defesa do direito à saúde das pessoas com transtorno mental autoras de delitos, internadas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico HCTP, deste Estado.

A intervenção do Ministério Público que se descreve no presente estudo foi iniciada em fevereiro de 2003, quando já se encontrava em vigor a Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica – Lei número 10.216 de abril de 2001 - diploma legal que incluiu, na agenda pública brasileira, a política reorientadora do modelo de atenção à saúde mental. A partir dessa nova orientação legal, o tratamento dispensado pelo Estado Brasileiro às pessoas com sofrimento mental apontadas como autoras de delito, passou a se constituir em um grande desafio, principalmente diante de preceitos da legislação penal que dispõe sobre os meios de constatação da sanidade mental do indivíduo com vistas à possibilidade de aplicação da chamada Medida de Segurança – internação daqueles declarados doentes mentais considerados perigosos, nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, outrora denominados Manicômios Judiciários.

Tem como objetivo descrever a trajetória dessa atuação desenvolvida por meio de instrumentos jurídicos previstos constitucionalmente, no sentido de garantir direitos fundamentais e coletivos dos internos daquela Instituição, por ocasião da crise ali instalada, que lhes acarretou agravos à saúde e violações à dignidade enquanto pessoas humanas.

A partir de uma Representação do Sindicato dos Servidores Penitenciários do Estado da Bahia que noticiava problemas relativos às condições de trabalho dos servidores do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado da Bahia, além de inúmeras irregularidades relativas às condições de higiene, salubridade e cuidados mínimos necessários às pessoas internas naquele estabelecimento, o Ministério Público, através da 6ª Promotoria de Justiça da Cidadania da Comarca de Salvador em cumprimento de uma das atribuições contidas no artigo 129 da Constituição Federal de 1988, instaurou Inquérito Civil para apurar os fatos. Durante

a sua tramitação, determinou e realizou diligências, ouviu pessoas relacionadas com a questão e, ao constatar a existência de graves irregularidades, adotou as medidas inadiáveis e indispensáveis para garantir os direitos essenciais dos internos.

Concomitante a essas providências, o MP acompanhou e participou da realização de seminários, censos clínico, jurídico e social, assim como, da constituição de um Grupo de Trabalho para promover a implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, ao tempo em que se procedeu à construção coletiva de propostas para a melhoria das condições daquele Hospital-Prisão, através de um grupo de trabalho interinstitucional e interdisciplinar, cujo produto final propunha ações relativas à recuperação da estrutura física e sanitária do prédio em que funciona, a aquisição de equipamentos e insumos necessários, ampliação e capacitação do quadro de recursos humanos e modificações no tratamento dos internos. Essas propostas subsidiaram o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) firmado, para viabilizar a garantia da saúde e de um mínimo de dignidade aos pacientes, durante a fase de transição do modelo de tratamento manicomial para a efetiva implantação da Política de Atenção à Saúde Mental em vigor.

Também se inclui nesse objetivo demonstrar a incompatibilidade da nova orientação de atenção à saúde mental com o modelo concebido pela legislação penal para execução nos HCTPs, que têm características próprias dos presídios, integram os Complexos Penitenciários do país e, por definição legal, teriam a finalidade de garantir o tratamento de saúde necessário para a recuperação das pessoas ali internadas sob ordem judicial.

O estudo se desenvolve em quatro capítulos. O primeiro, busca situar o objeto do estudo no campo da saúde coletiva e evidenciar a inevitável relação desse campo com a ciência do Direito, uma vez que a política pública de saúde em implementação se encontra normatizada pelo ordenamento jurídico brasileiro e, no que tange ao objeto específico desse estudo, é cristalina a sua interface com o Direito Penal. No segundo capítulo, discorre-se sobre a Instituição do Ministério Público, sua evolução histórica e trajetória constitucional no Brasil, além de sua atuação em defesa do direito fundamental à saúde, atribuição que faz parte do seu novo perfil institucional, traçado pela Constituição Federal de 1988. No terceiro capítulo, procura-se discutir a interface da saúde mental com o direito penal e o

Instituto da Medida de Segurança; além dos aspectos legais do internamento em relação aos cuidados de saúde, realização de exames, etapas processuais e prazos, bem como enumerar os órgãos responsáveis pelo controle de sua execução e respectivas atribuições legais. No quarto capítulo, descreve-se a crise do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado da Bahia no ano de 2003, os aspectos estruturais e institucionais identificados no curso da atuação do MP, até dezembro de 2007; a situação jurídica e social dos internos. Descreve ainda os compromissos consignados no Termo de Ajustamento de Conduta, os resultados alcançados e as dificuldades encontradas para garantir os direitos humanos e de cidadania aos internos, ou seja, os impasses para o cumprimento da lei.

Na Conclusão serão traçadas algumas considerações sobre o processo de desenvolvimento do Termo de Ajustamento de Conduta, comentários sobre as contradições legais que ainda permitem o trânsito por um caminho processual-penal aflitivo, na contra-mão dos direitos assegurados na Constituição, que expõe as pessoas com transtornos mentais autoras de delitos, a danos físicos, psicológicos e morais. Ao final, comenta-se sobre as providências executadas, apontando alguns desafios a serem enfrentados, para que se possa caminhar na trilha da reversão desse modelo institucional perverso, injusto e degradante.

2. SITUANDO O OBJETO DO ESTUDO

Este trabalho tem por objeto a atuação do Ministério Público do Estado da Bahia (MPBA) - enquanto instituição incumbida pela Constituição Federal do dever legal de zelar pelo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos nela garantidos - junto ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) - unidade estatal que integra o sistema penitenciário do Estado - durante a crise que se instalou naquela unidade legalmente destinada à internação de pessoas com doença mental ou transtorno psíquico que tenham praticado algum delito penal.

Desde o século XIX, os portadores de transtornos mentais que praticam condutas consideradas criminosas são segregados em Manicômios Judiciários. E nesta primeira década do século XXI essas instituições públicas - que atualmente são denominadas “Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” - continuam a existir no Brasil ainda no exercício da sua função segregadora e excludente, apesar da Constituição vigente que contempla os direitos sociais derivados dos fundamentos constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, dentre os quais, o direito à saúde.

Vislumbra-se que objeto deste estudo está vinculado ao campo científico da saúde coletiva, na medida em que se trata de atuação do Ministério Público – órgão público de controle institucional do respeito aos direitos de cidadania, especialmente do direito à saúde - na investigação de violações legais que se traduzem em agravos à saúde da população custodiada no HCTP e na busca da adequação de suas instalações físicas, de melhorias no seu funcionamento e acesso dos internos a todas as ações e serviços de saúde, contemplando princípios básicos em que a noção de saúde está relacionada às condições de vida, mercê dos impactos sociais e econômicos, que se traduzem em assunto de fundamental interesse da comunidade e se contrapondo ao monopólio do discurso biológico. (BIRMAN, 1991).

O campo científico da saúde coletiva tem composição interdisciplinar, onde se fazem presentes disciplinas tradicionalmente inseridas nos universos das ciências naturais, sociais e humanas, na produção de saberes e conhecimentos acerca da saúde, compreendida no âmbito do conceito atual, envolvendo as populações e não

somente os indivíduos, distanciada do superado conceito de saúde como “ausência de doença”.

A Lei n.º 10.216 - sancionada em abril de 2001, após os debates que se alongaram por treze anos no Congresso Nacional e se constituiu no marco legal da Reforma Psiquiátrica - estabeleceu um novo modelo assistencial em saúde mental que relativiza o papel dos hospitais psiquiátricos, e estimula o tratamento em serviços de saúde mental preferencialmente comunitários. As modificações trazidas por este instrumento legal visam a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, reduzindo a indicação da internação às situações em que os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, cujo tratamento deverá ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais e de lazer, ao tempo em que veda a internação em estabelecimentos com características asilares, a exemplo dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Os debates e as transformações no âmbito da saúde mental no Brasil vêm avançando com a contribuição da saúde coletiva enquanto um campo interdisciplinar de saberes e práticas, principalmente na formação de recursos humanos comprometidos com a ética e a política de saúde mental em vigor, que contempla a inclusão e a cidadania, bem assim no que tange ao fomento da pesquisa científica e estudos que ampliam e aprofundam o conhecimento nessa área.

A abordagem contemporânea da saúde mental tem como ponto de partida (AMARANTE et al, 2001), a noção de produção histórica imprescindível para as ciências sociais e humanas das últimas décadas, na medida em que adota um enfoque crítico ao seu fazer ciência, buscando a compreensão de um momento histórico-social para entender a emergência de novos olhares e práticas sobre o homem.

Os trabalhos desenvolvidos pelo Ministério Público do Estado da Bahia nessa investigação e as propostas formuladas no Termo de Ajustamento de Conduta –TAC - foram norteados por referências teóricas integrantes do acervo de trabalhos científicos desenvolvidos no campo da Saúde Coletiva.

3. O MINISTÉRIO PÚBLICO

3.1 Evolução histórica e trajetória constitucional no Brasil

3.2 Atuação do MP em defesa do direito fundamental à Saúde

3.1 Evolução histórica e trajetória constitucional no Brasil

Nos termos do art.127 da Constituição da República, o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, que tem como princípios institucionais a unidade, a indivisibilidade e a independência funcional.

Ao Ministério Público é assegurada autonomia funcional e administrativa, podendo, observado o disposto no art. 169, propor ao Poder Legislativo a criação e extinção de seus cargos e serviços auxiliares, provendo-os por concurso público de provas ou de provas e títulos, a política remuneratória e os planos de carreira; a lei disporá sobre sua organização e funcionamento.

Para situar o Ministério Público brasileiro no contexto atual de guardião do efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição da República, vale registrar que, ao longo da história, esta Instituição tem recebido diferentes tratamentos. Sua compreensão na sociedade atual impõe a necessidade de uma breve explicação sobre a sua origem, uma vez que as modificações ocorridas no seu papel institucional se encontram associadas à própria evolução do Estado Moderno.

Dentre os vários autores que comungam da mesma opinião, cumpre destacar Mazzili (1999) que retrata as remotas origens universais do Ministério Público como imprecisas e polêmicas. Existem referências a registros históricos associando suas funções às dos “procuradores caesaris”, da antiga Roma, encarregados da administração dos bens e da defesa dos direitos do imperador; bem assim às dos “magiaí”, ou procuradores do rei no Egito antigo, há 4000 anos.

Cogita-se, também, acerca da sua origem na Idade Média, com os “saions” germânicos, os “bailos” e “sinetes”, incumbidos da defesa dos senhores feudais em juízo. Todavia não há confirmação incontestada que assegure ser possível atribuir a

alguma dessas espécies de servidores o ponto de partida do MP, nos termos modernamente concebidos (VIGLIAR, 1999).

Garcia (2003), situando o MP em época menos remota, diz ser indubitosa a sua origem na legislação lusitana, fortemente marcada pela influência francesa. A partir das Ordenações Afonsinas, de 1447, com a figura do Procurador dos Nossos Feitos, aparecem os primeiros caracteres dessa instituição, ampliados nas Ordenações posteriores, como as Manuelinas, das quais emerge a figura do promotor de Justiça. Em seguida, nas Ordenações Filipinas, de 1603, foram estruturadas as funções do Procurador dos Feitos da Coroa, do Procurador da Fazenda, do Promotor da Justiça da Casa da Suplicação e do Promotor da Casa do Porto (MAZZILLI, 1999). Nessa forma, o MP foi introduzido no Brasil e os registros da sua presença aparecem integrando o Tribunal da Relação da Bahia criado em 1609.

Documentos históricos noticiam que, desde 1890, o MP brasileiro teria sido definido na exposição de motivos do Decreto n.º 848 como “instituição essencial em toda a organização democrática”. Na Lei n.º 1030 deste mesmo ano, o MP já não era apenas um mero auxiliar da Justiça, mas o advogado da lei, o fiscal de sua execução, o procurador dos interesses gerais; promotor da ação pública contra toda violação de direito, assistente dos sentenciados, dos alienados, dos asilados e dos mendigos, com poderes para requerer tudo que fosse a bem da Justiça e dos deveres da humanidade.

Ainda segundo Garcia (2003), o MP assumiu contornos de natureza institucional no período republicano, já no final do Séc. XIX, com o Decreto número 848/1890 que, à época, regulava a organização e as atribuições do Órgão Ministerial. A exposição de motivos desse Decreto fazia referência ao Ministério Público como órgão necessário à administração da Justiça.

De modo geral, as constituições brasileiras deram algum enfoque ao Ministério Público, porém, na Carta atual, o tema recebeu um tratamento diferenciado, quando foi atribuído ao Ministério Público, dentre outras relevantes atribuições, a incumbência de “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia” (art. 129, CF).

Mazzilli (1999), ao examinar as Constituições brasileiras, registra a evolução institucional do Ministério Público. A primeira, a Constituição do Império, de 1824,

não fez qualquer referência expressa ao MP. Como ocorrido no período colonial, ao longo do Império suas funções típicas foram incumbidas ao Procurador-Geral. Em 1832, com o advento do Código de Processo Criminal, ainda na fase do Brasil Império, foi dado ao MP um tratamento sistemático, delineando-se o perfil dos Promotores Públicos na legislação penal, desempenhando funções exclusivamente criminais, em defesa dos interesses do Império. Dessa fase, Mazzilli (1999) registra:

da Constituição do Império (25-3-1824), vale evocar seu art. 48: "No juízo dos crimes, cuja acusação não pertence à Câmara dos Deputados, acusará o procurador da Coroa e Soberania Nacional". (MAZZILLI, 1999)

Na primeira Constituição republicana, de 1891, estabeleceu-se que o procurador-geral da República era escolhido pelo presidente da República, dentre ministros do Supremo Tribunal Federal (art. 58, § 2º, dispositivo inserto na Seção "Do Poder Judiciário") ao qual cometia a atribuição de propor revisão criminal em favor do réu.

A Constituição de 1934 previu a sua organização institucional em níveis federal e estadual, estabeleceu as normas organizacionais necessárias e assegurou algumas prerrogativas a seus membros.

A Carta Constitucional de 1937, outorgada à época do Estado Novo, impôs ao MP um grande retrocesso, resgatado posteriormente na Constituição de 1946.

Promulgada numa fase reconhecidamente democrática, a Carta de 1946 restabeleceu a estrutura organizacional ao MP, conferindo-lhe contornos institucionais mais nítidos. A Constituição democrática de 18 de novembro de 1946 voltou a dar relevo à instituição, conferindo-lhe título próprio. Previu a organização do Ministério Público da União e dos Estados, bem como a escolha do procurador geral da República, dentre pessoas que preenchessem os mesmos requisitos dos ministros do Supremo Tribunal Federal; cometeu-se à instituição a representação da União; fixaram-se regras de ingresso na carreira sob concurso, as garantias de estabilidade e inamovibilidade e o princípio de promoção de entrância a entrância.

Nessa Carta de 1946, o procurador-geral da República foi incumbido da representação de inconstitucionalidade; fixou-se a competência do Senado para aprovar a escolha do procurador-geral da República, bem como para processá-lo e julgá-lo nos crimes de responsabilidade e ao Supremo Tribunal Federal a

competência para processá-lo e julgá-lo nos crimes comuns. Foi ainda assegurada a participação do Ministério Público na composição dos tribunais.

Com o golpe militar de 1964, dois anos após o Congresso Nacional foi transformado, por ato institucional, em assembléia constituinte limitada. Em 24 de janeiro de 1967, outorgaram nova Constituição e nela o MP foi introduzido no Capítulo do Poder Judiciário. Foram mantidas, em linhas gerais, as regras anteriormente vigentes, estendendo-se aos seus membros a disciplina da aposentadoria e dos vencimentos que vigiam para a Magistratura. Após novo golpe, uma junta militar, sob forma de "Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969", decretou a Carta de 1969, onde foi determinado colocar o Ministério Público no Capítulo "Do poder Executivo". Ampliaram-se as atribuições do chefe do Ministério Público da União, que passou a ser livremente nomeado e demitido pelo presidente da República.

Em 1977, o presidente da República, novamente com apoio em atos institucionais, decretou a Emenda Constitucional nº 7, cujo art. 96 e seu parágrafo único passam a admitir a existência de uma lei complementar, de iniciativa do presidente da República, que viria a estabelecer normas gerais a serem adotadas na organização do Ministério Público estadual. Conferiram-se mais alguns poderes ao procurador-geral da República; a representação para interpretação de lei ou ato normativo federal ou estadual e para avocação de causas pelo Conselho Nacional da Magistratura, junto ao qual deveria officiar, e o pedido de cautelar nas representações por ele oferecidas.

A Constituição Federal de 1988 disciplinou de forma harmônica e orgânica a instituição e as principais atribuições do Ministério Público, demonstrando a intenção do legislador constituinte de fortalecer o MP, através da outorga de normas suficientes para garantir a sua atuação.

Na área criminal, a CF cometeu ao MP a tarefa privativa de promover ação penal pública; conferiu-lhe o controle externo sobre a atividade policial, na forma da lei complementar de organização de cada Ministério Público (art. 129, VII) , com poderes para requisitar diligências investigatórias e determinar a instauração de inquérito policial, com o dever de indicar os fundamentos jurídicos de suas manifestações processuais (art.129, VIII).

Na área cível, além da já tradicional promoção da ação de inconstitucionalidade e para fins de intervenção da União e dos Estados, nos casos

previstos na Constituição (art.129, IV), passou a ser sua função institucional a defesa em juízo dos direitos e interesses das populações indígenas (arts. 129, V, e 232), bem como a promoção do inquérito civil e da ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos (art.129 III).

Ademais, a nova Constituição cometeu ao Ministério Público a relevante função de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos nela assegurados, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (art. 129, II). Assinala Mazzilli (1999) que a opção do constituinte de 1988 foi, sem dúvida, conferir um elevado status constitucional ao Ministério Público:

- ◆ desvinculou a instituição dos Capítulos do Poder Legislativo, do Poder Executivo e do Poder Judiciário (Tít. IV, Cap. IV, Seção I);
- ◆ fê-lo instituição permanente, essencial à prestação jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, dos interesses sociais e individuais indisponíveis e a do próprio regime democrático (art. 127);
- ◆ cometeu à instituição zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (art. 129, II);
- ◆ conferiu a seus agentes total desvinculação do funcionalismo em geral, não só nas garantias para escolha de seu chefe, como para a independência de atuação (arts. 127, § 1º, e 128 e parágrafos);
- ◆ concedeu à Instituição independência funcional e administrativa com possibilidade de prover diretamente seus cargos (art. 127, §§ 1º e 2º);
- ◆ conferiu-lhe iniciativa do processo legislativo bem como da proposta orçamentária (arts. 61, 127, §§ 2º e 3º, 128, § 5º);
- ◆ assegurou a seus membros as mesmas garantias dos magistrados (art. 128, § 5º, I), elencando-lhes vedações similares (art. 128, § 5º, II) e impondo-lhes os mesmos requisitos de ingresso na carreira (arts. 93, I, e 129, § 3º) e a mesma forma de promoção e de aposentadoria (arts. 93, II e VI, e 129, § 4º);
- ◆ conferiu-lhe privatividade na promoção da ação penal pública, ou seja, uma parcela direta da soberania do Estado (art. 129, I);
- ◆ elevou à condição de crimes de responsabilidade os atos do presidente da República que atentem "contra o livre exercício do Poder Legislativo, do Poder Judiciário, do Ministério Público e dos Poderes constitucionais das unidades da Federação" (art. 85, II);
- ◆ assegurou ao procurador-geral da República, par a par com os chefes de Poder, julgamento nos crimes de responsabilidade pelo Senado Federal (art. 52, I e II).

A trajetória histórico-institucional do MP permite observar a tendência de seu fortalecimento em contextos democráticos, e o seu retraimento em épocas de autoritarismo.

Ressalta Sawen Filho (1999) que, às vésperas da Constituição de 1988, o MP ainda combatido desde o retrocesso imposto pela Emenda Constitucional nº 1/1969 (que relegou o MP a mero órgão do Poder Executivo), funcionava de forma fragmentada, com os seus membros cumprindo suas atribuições de forma isolada, sem unidade institucional, sem dispor de um projeto definido, como se fora um órgão governamental ordinário.

O novo desenho institucional do MP traçado pela Carta de 1988 revela o crescimento do seu papel de defensor da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses social e individuais indisponíveis, conforme disposto no seu art. 127, cabendo-lhe, também promover a fiscalização das políticas públicas, com vistas à satisfação do interesse da sociedade, no que tange ao cumprimento dos aspectos sociais da justiça.

O atual perfil institucional do MP emana do texto constitucional que o define como “instituição permanente, essencial à função jurisdicional do estado, à qual incumbe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (art. 127 CF), tendo como princípios constitucionais, a unidade, a indivisibilidade e a independência funcional.

Sobre as funções institucionais do MP na nova Carta Constitucional, leciona Mazzilli (1999):

Em suas atividades institucionais, o Ministério Público sempre busca um interesse público – mais propriamente o interesse público primário. A Constituição destina o Ministério Público, de forma prioritária, ao zelo dos mais graves interesses da coletividade, como o respeito aos direitos nela assegurados, aos interesses sociais e individuais indisponíveis, o patrimônio público e social, o meio ambiente e outros interesses difusos e coletivos. (MAZZILLI, 1999)

Em outras palavras, ora o interesse a zelar se relaciona de modo indeterminado com toda a coletividade, ora está ligado a pessoas determinadas; mas a atuação do Ministério Público sempre supõe que com ela se consulte o interesse geral, observada necessariamente a norma de compatibilidade prevista no inciso IX do art. 129 da Constituição da República.

Registra ainda Mazzilli (1999):

O objeto da atenção do Ministério Público resume-se nesta tríade: a) ou zela para que não haja disposição alguma de interesse que a lei considera indisponível, como o direito à vida, à liberdade, à educação e à saúde; b) ou, nos casos em que a indisponibilidade é apenas relativa, zela para que a disposição daquele interesse seja feita conforme as exigências da lei; c) ou zela pela prevalência do bem comum, nos casos em que não haja

indisponibilidade do interesse, nem absoluta nem relativa, mas esteja presente o interesse da coletividade como um todo, na solução do problema defesa de interesses coletivos, ou até mesmo individuais homogêneos, quando haja extraordinária abrangência ou dispersão dos lesados, ou quando seja necessária para assegurar o funcionamento de todo um sistema econômico, social ou jurídico. (MAZZILLI, 1999)

A Constituição de 1988, em plena vigência, contempla a inserção do MP no capítulo das funções essenciais à justiça, em seção própria, onde estabelece seus princípios institucionais e dispõe sobre sua organização no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios. O texto constitucional vigente cunhou o novo perfil da Instituição, confiando-lhe a função primordial de representar os interesses públicos coletivos da sociedade civil junto ao Estado e contra ele, função que a compromete com a proteção da ordem democrática.

Assim, ao MP cabe fiscalizar a execução e a efetivação desses direitos, e a Carta Magna disponibiliza mecanismos jurídicos para o enfrentamento das violações constitucionais assim como das dificuldades do sistema de justiça brasileiro em garantir a efetividade principalmente dos direitos sociais. Tais como, o “*Habeas Corpus*”¹, o Mandado de Segurança² individual e coletivo, o Mandado de Injunção³ individual e coletivo, o “*Habeas Data*”, o Código de Defesa do Consumidor ⁴ e a Ação Civil Pública⁵.

¹ *Habeas Corpus* é um Instituto jurídico que pode ser requerido por qualquer pessoa, para salvaguardar a liberdade de todo ser humano que sofre constrangimento ou que está na iminência de sofrê-lo.

² Mandado de Segurança é um instituto jurídico para a proteção de direitos líquidos e certos, oponível contra qualquer autoridade pública ou contra agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições públicas, com o objetivo de corrigir ato ou omissão ilegal ou decorrente de abuso de poder.

³ Mandado de Injunção é um instituto jurídico novo que foi inserido na Constituição Federal de 1988 para salvaguardar os direitos e liberdades constitucionais, além das prerrogativas inerentes à nacionalidade, soberania e cidadania.

⁴ O Código de Defesa do Consumidor é uma lei que trata das relações de consumo em todas as esferas: civil, definindo as responsabilidades e os mecanismos para a reparação de danos causados; administrativa, definindo os mecanismos para o poder público atuar nas relações de consumo; e penal, estabelecendo novos tipos de crimes relativos ao consumo e as respectivas punições.

⁵ A Ação Civil Pública é um instrumento processual, de ordem constitucional, destinado à defesa de interesses difusos e coletivos.

3.2 Atuação em defesa do direito fundamental à Saúde

Com este novo perfil o MP atua em defesa do direito fundamental à saúde, direito social, cujos serviços são distinguidos constitucionalmente com a “relevância pública” (CF art. 198). No exercício dessa função, maneja procedimentos judiciais e extrajudiciais, no sentido de atender à crescente demanda individual e coletiva que reclama a efetividade das normas jurídicas disciplinadoras dos deveres do Estado, na prestação da atenção à saúde. As reivindicações de usuários e de instituições da sociedade civil vêm provocando novas reflexões sobre a interpretação da dimensão do direito fundamental à saúde e a concretização dos seus preceitos constitucionais.

A partir de 1988, a Política de Saúde e o Ministério Público, ambos concebidos sob novo desenho constitucional, vêm mantendo intensa interface no cumprimento de seus novos papéis definidos pela Constituição e pela legislação infraconstitucional.

A saúde está expressamente contemplada no artigo 6º da Lei Maior como um direito social; e no seu artigo 196 a CF/1988, quando se refere às ações e serviços para a promoção e prevenção da saúde, elegeu como prioridade o direito da população brasileira uma vida saudável. Nesse plano coletivo, o direito à saúde reveste-se das características de direitos difusos e meta-individuais, uma vez que tem como titulares um indeterminado número pessoas, inserindo-se, portanto, no rol de direitos a serem objetos da atuação do MP.

Configura-se em verdadeiro desafio a tarefa confiada ao MP no que tange ao zelo pelo efetivo respeito dos poderes públicos ao direito fundamental à saúde, à garantia de acesso universal e igualitário, sob a diretriz que assegura a integralidade do atendimento, sem olvidar que tudo isso também está inserido no princípio da dignidade da pessoa humana que, no texto constitucional, é o centro axiológico da concepção de Estado Democrático de Direito.

Nesse contexto, o mandamento constitucional que assegura a todos o direito à saúde tem vigência imediata expressa e a sua força normativa lhe permite produzir efeitos, independentemente de norma posterior, conforme preceitua o parágrafo 1º do art. 5º da CF: “as normas definidoras dos direitos e garantias constitucionais têm aplicação imediata”.

Todavia, no entendimento de Barros (2008), a ênfase atual aos direitos fundamentais exige dos juristas muita perspicácia e criatividade para solucionar

tormentosas questões, principalmente na seara dos direitos sociais, com a valorização exacerbada da dimensão subjetiva dos direitos. Na esteira desse entendimento o Autor observa que na

maioria dos direitos prestacionais percebe-se com maior vigor a dimensão objetiva, já que exigem o avanço gradual de políticas públicas, não gerando direitos concretizáveis individualmente, mas apenas o compromisso efetivo e não retórico dos poderes constituídos com sua realização progressiva. (BARROS, 2008)

Sem dúvida, muitos direitos sociais, como a saúde, somente se efetivam, mesmo sob parâmetros jurídico-constitucionais, através da atividade política, pela via coletiva, principalmente através de uma política pública, submetida a uma implementação gradual, com os gastos públicos sob previsão orçamentária consoante o sua inclusão na agenda pública, como se pode constatar na lição de Clève (2006), quando trata da importância das políticas públicas para a efetividade dos direitos prestacionais e o imenso valor das ações coletivas na tutela do direito fundamental à saúde; e exemplifica com a insuficiência de saneamento básico na planta urbana da maior parte das cidades brasileiras e o dever do poder de levar o sistema de esgotamento sanitário, com tratamento - exigência constitucional ambiental – e de água tratada às residências não atendidas. Registra o Autor que,

neste caso, da dimensão objetiva do direito à saúde extrai-se a possibilidade do aforamento de medidas judiciais coletivas orientadas para compelir o poder público a adotar uma política pública para que num prazo determinado (cinco, dez, quinze anos, de acordo com a capacidade de arrecadação) atenda a todo o universo de residentes do Município. (CLÈVE, 2006)

Verifica-se que o controle de políticas públicas passa, necessariamente, pelo acompanhamento das peças orçamentárias, pois é no orçamento, importante instrumento para a efetividade dos direitos sociais, que se materializam as políticas públicas. Nesse sentido, ainda Clève (2006):

incumbe ao poder público consignar na peça orçamentária as dotações necessárias para a realização progressiva dos direitos. Não se trata de adiar a sua efetividade. Trata-se de estabelecer de modo continuado as ações voltadas para a sua realização num horizonte de tempo factível (....) Por isso é imperiosa a luta por um rígido controle da execução orçamentária, exigindo-se que a lei orçamentária, experimentada em condições de normalidade, seja cumprida tal como aprovada pelo Congresso Nacional. (CLEVE, 2006)

Vê-se que os direitos fundamentais exigem ações estamentais que se protraem no tempo, e que as constituições atuais e inserem dentre aquelas

fortemente influenciadas pelo chamado neoconstitucionalismo, - fenômeno típico da pós modernidade e resultado de idéias pós-positivistas, na lição de Barroso (2006), *“o pós-positivismo aplicado ao atual ambiente constitucional”*.

Ante a complexidade do direito à saúde enquanto direito fundamental social, nesse novo cenário do constitucionalismo contemporâneo pós-positivista, a atribuição de zelar pelo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública a esses direitos, na dimensão constitucionalmente garantida, surpreendeu os membros do MP, no limiar dessa nova fase constitucional.

Em razão disso, no sentido de viabilizar o exercício das suas novas funções, mobilizações internas levaram o Ministério Público a redimensionar suas estruturas e buscar assenhorar-se da legislação que criou esse direito, organizou e operacionaliza através do Sistema Único de Saúde - SUS.

No limiar do século XXI, a busca da eficácia da lei e da concretização do direito fundamental à saúde, principalmente no que tange às obrigações prestacionais dele decorrentes – acesso a determinados bens, desde simples consultas ambulatoriais, exames e procedimentos de níveis primário e secundário, até aqueles constituídos de técnicas de alta complexidade e medicamentos de alto custo, além do deslocamento dos usuários para localidades distantes, buscando o acesso a tratamentos em serviços referenciados e a inclusão de novas tecnologias - constitui a maioria das demandas dos usuários e não usuários do SUS junto ao Ministério Público do Estado da Bahia, tanto na Capital como nos municípios do interior do Estado. Tais pleitos geram procedimentos administrativos, reuniões e audiências públicas e grupos de trabalho voltados para o estudo e solução dos problemas, com participação intersetorial e interdisciplinar, que resultam em Termos de Ajustamento de Condutas, Ações de Improbidade Administrativa e/ou outros recursos processuais.

Nessa fase pós-constitucional, o manejo de ações judiciais, principalmente aquelas fundadas no poder geral de cautela em razão da urgência da necessidade de saúde reclamada por usuários, tem provocado discussões jurídicas em vários estados brasileiros, ensejando manifestações diversas entre os juristas pátrios, inclusive com o recurso do Direito Comparado (analogia com parâmetros em ordenamentos jurídicos estrangeiros), de Portugal, Espanha e Alemanha, em cujas legislações se espelhou o Direito Constitucional brasileiro, principalmente no que tange aos direitos constitucionais fundamentais.

O novo sistema público de saúde criado para viabilizar a política pública de saúde adotada no Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS - começou a ser implantado enfrentando uma imensa demanda reprimida. Nessa fase de implementação das ações e serviços de saúde nos municípios, atendendo às diretrizes de descentralização e hierarquização para contemplar o acesso universal e igualitário, as necessidades, sempre maiores do que a capacidade instalada do sistema nos níveis locais, surgem impasses que ensejam a intervenção do Ministério Público, no sentido de buscar garantir o direito de acesso dos Usuários aos serviços de saúde, nas mais diversas formas de assistência e utilização de insumos, o que evidencia que existem dificuldades quanto à concretização desse direito fundamental, comprometendo a eficácia da norma jurídica que o assegura na dimensão exigível.

Ao comparecer à 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, alguns membros do Ministério Público de vários estados foram surpreendidos pelas manifestações de representantes de várias instituições ali presentes que, em nome das funções institucionais consignadas na Constituição da República ao Ministério Público, reivindicavam uma atuação mais efetiva dessa Instituição nas questões de saúde. Tal episódio ensejou a formulação de pleitos que integraram o Relatório da Conferência, no sentido de que o Ministério Público priorizasse a sua atuação na área de saúde, na forma abaixo transcrita:

10 Os Gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem exigir do Ministério Público a defesa do SUS e das demais políticas que atuam na ampliação e manutenção da qualidade de vida da população. Para isso, os participantes da 10ª CNS deliberaram por:

10.1 Defender que o Ministério Público exerça seu papel constitucional e social (conforme preveem os Artigos 129 e 197 da Constituição Federal), com a democratização do acesso a ele, a garantia da informação e o compromisso deste com a defesa dos interesses dos cidadãos;

10.2 Defender que o Ministério Público seja o tutor da legislação em saúde, da Assistência Social e do Estatuto da Criança e do Adolescente, fiscalizando sua implantação e sua execução nos setores público e privado, e tomando as providências cabíveis no caso de descumprimento do texto legal;

10.4 Responsabilizar os Conselhos de Saúde por encaminhar a todos os membros do Ministério Público Federal e Estaduais, as Resoluções das Conferências Nacionais de Saúde (3ª, 8ª, 9ª e 10ª CNS), Normas Operacionais Básicas, Portarias, Instruções e Leis Complementares relativas ao SUS, bem como as resoluções dos Conselhos de Saúde, para que o Ministério Público fiscalize seu cumprimento;

10.5 Reivindicar ao Ministério Público a criação de Curadorias de Saúde (setor específico para cuidar das questões de saúde);

10.6 Propor ao Ministério Público a inclusão da legislação do SUS nos cursos preparatórios e exames de seleção de Procuradores e Promotores.

Esse episódio deflagrou uma mobilização institucional em busca da estruturação do MP para a sua atuação na área de saúde que culminou com o documento denominado Carta de Palmas⁶, subscrito pelos chefes institucionais do Ministério Público em reunião nacional de Procuradores Gerais de Justiça, realizada na Capital do Estado do Tocantins em 1998. O documento registrou o compromisso da Instituição em providenciar a estrutura necessária para o desenvolvimento da atuação ministerial na defesa do direito fundamental à saúde, inclusive a criação de promotorias especializadas para esse fim. Nessa oportunidade, também foi criada uma Comissão Permanente de Defesa do Direito Humano à Saúde (COPEDS), vinculada ao Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União, integrada por representantes de Ministérios Públicos dos Estados e da União.

A partir de então foram desencadeadas várias iniciativas de âmbito nacional e nos estados, no sentido de propiciar a troca de experiências e o aperfeiçoamento técnico dos membros do Ministério Público nessa nova e complexa atuação de defesa do direito fundamental à saúde.

Em 2004, foi realizado em Salvador/Bahia, o I Encontro Nacional de Promotores e Procuradores de Justiça com atuação na área da saúde, ocasião em que foi criada a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde - AMPASA e elaborado um documento que se denominou Carta de Salvador⁷, confirmando e ampliando os compromissos do MP com a defesa do direito à saúde.

Outros encontros dessa natureza se realizaram nos anos subseqüentes de 2005 e 2006, nos Estados de Tocantins e Santa Catarina, respectivamente. Em 2006, por solicitação do Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União, a Comissão Permanente de Defesa do Direito Humano à Saúde – COPEDS, elaborou o Plano Nacional de Atuação Ministerial em Saúde Pública⁸ que obteve aprovação daquele Colegiado Nacional e passou a ser documento norteador da atuação institucional nessa área. Ainda em 2006, foi criado no Estado da Bahia, mediante Ato do Procurador Geral de Justiça⁹, o Grupo de Atuação Especial de Defesa da Saúde - GESAU, integrado pelos Promotores de

⁶Carta de Palmas – documento em Anexo.

⁷Carta de Salvador – documento em Anexo.

⁸Plano nacional de Atuação Ministerial em Saúde Pública – documento em Anexo.

⁹Ato de criação do GESAU/MP/Bahia – documento em Anexo.

Justiça que atuam na área da saúde e tem por finalidade promover a coordenação e a orientação técnica nessa área.

Em 14 de março de 2007, o Ministério Público do Estado da Bahia firmou Termo de Cooperação Técnica¹⁰ com o Ministério da Saúde com os objetivos de:

1) promover a cooperação mútua no sentido de dinamizar e fortalecer o direito sanitário e a consolidação da matéria; 2) fortalecer e dinamizar o cumprimento do disposto nos artigos 129, inc. I, II, III, VI e VIII, e 196 a 200, da Constituição da República Federativa do Brasil, para tanto, atuando de forma cooperada rumo à garantia dos objetivos; e 3) desenvolver acompanhamento sistemático da implementação de suas ações no âmbito do Estado da Bahia”, iniciativa que também vem sendo desencadeada em outros estados da Federação brasileira.

Essa cooperação técnica propiciará:

a) formação de membros e servidores do Ministério Público da Bahia especializados em Direito Sanitário; b) criação e manutenção de banco de dados de procedimentos administrativos, ações civis públicas e Termos de Ajustamento de Conduta do MP/BA, com alimentação periódica e constante; c) implementação conjunta de uma biblioteca virtual em direito sanitário; estímulo à pesquisa e à produção acadêmica; fomento ao conhecimento em Direito Sanitário, além de outros.

Esse Termo de Cooperação Técnica tem o fim precípuo de capacitar as Promotorias de Justiça com atuação na área de saúde pública, introduzindo significados do campo do saber da prática do direito à saúde uma das mais recentes e importantes atribuições, onde o Promotor de Justiça atua não somente como agente político mediador dos conflitos sociais, mas também contribui efetivamente para a consolidação da cidadania, ora promovendo interlocução com os formuladores de políticas públicas e movimentos sociais, ora lançando mão dos instrumentos jurídicos disponíveis no ordenamento brasileiro de forma contundente e criativa, manejando medidas administrativas e/ou judiciais em busca da satisfação de direitos.

Importante registrar que, no desempenho da atribuição constitucional de garantia e efetivação do direito à saúde, o Ministério Público é uma instituição dinâmica, que deve atuar proativamente em busca de sua efetividade e concretização, uma vez que, enquanto órgão autônomo, não vinculado aos mecanismos de poder estatais, tem uma atuação independente e efetiva, cuja legitimidade decorre da lei.

¹⁰Termo de Cooperação Técnica MPBa/MS – documento em Anexo.

No que tange ao direito à saúde, o MP também vem funcionando como instância de mediação de conflitos entre o Estado (instância gestora) e grupos de usuários, com a participação de conselhos profissionais e outras representações da sociedade civil, criando espaços de diálogos interdisciplinares, o que tem contribuído para o avanço da efetivação dos direitos e implementação das ações e serviços indispensáveis ao pleno, eficaz e resolutivo sistema público de saúde.

Inegavelmente, a atuação do MP ainda não alcançou a dimensão fiscalizadora que poderá ter quando os seus integrantes alcançarem o domínio técnico das questões relativas à política pública de saúde, através da especialização dos seus membros e da estruturação institucional com a assessoria técnica indispensável, para o seu eficiente desempenho nessa área tão específica e nova, do universo do direito brasileiro.

Verifica-se que é dever do Estado, através das suas três esferas de poder - Federal, estadual e municipal - garantir o acesso da população à saúde mediante a oferta de ações e serviços organizados em forma de redes regionalizadas e hierarquizados em níveis de complexidade crescente. Nessa proposta de hierarquização, cabe aos municípios a execução das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção dos riscos e agravos e recuperação da saúde da população, cabendo à União e aos estados federados a tarefa de atuar concomitantemente, conforme lançado na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

A Administração Pública, através dos seus entes, tem a obrigação de cumprir a lei em todas as instâncias gestoras próprias, conveniadas e contratadas, obedecendo, obrigatoriamente, ao princípio da legalidade e desencumbir-se das respectivas funções de forma a cumprir o princípio da eficiência (art. 37 da Constituição), seja no que tange à alocação suficiente de recursos, seja pela correta e adequada administração destes na atividade fim a que se destina.

Uma vez feita a alocação de recursos para a saúde, a gestão deverá movimentá-los de forma transparente, em conta especial, sob o crivo do órgão deliberativo e fiscalizador – Conselho de Saúde, sob pena de violação da lei e dos princípios que regem a Administração Pública e, conseqüentemente, os interesses difusos de toda a população quanto ao bom e correto atendimento à saúde.

Havendo indícios de violação dos preceitos legais, nasce para o Ministério Público, na esteira do artigo 129, II e III, da Constituição Federal, o poder-dever de

instaurar o procedimento investigatório do Inquérito Civil e, se for o caso, mover a Ação Civil Pública e/ou, Ação de Improbidade Administrativa.

Na palavra de Hugo Nigro Mazzilli (1999), o inquérito civil, instrumento exclusivamente utilizado pelo Ministério Público, se constitui em “uma investigação administrativa prévia que se destina a colher elementos de convicção para que o próprio órgão ministerial possa identificar se ocorre circunstância que enseje a propositura de ação civil pública ou coletiva” no qual também são levantados elementos que venham a possibilitar a formalização de compromisso de ajustamento de conduta, além da realização de audiências públicas e emissão de recomendações pelo Ministério Público. Por meio do inquérito civil, o membro do Ministério Público investiga a ocorrência de fatos efetivamente ou potencialmente lesivos a direitos transindividuais, e os responsáveis pela sua prática. Na fase de instrução, o membro do *parquet* pode adotar providências, como: proceder a inspeções pessoais, requisitar a realização de perícias, colher depoimentos de testemunhas, ouvir o eventual autor da conduta lesiva, requisitar certidões ou informações de qualquer órgão público ou pessoa particular, realizar acareações, reconhecimentos, juntadas de documentos, buscas e apreensões, ou seja, adotar qualquer diligência que possa esclarecer a autoria e a materialidade do ato eivado de ilegalidade e que possa servir para subsidiar a propositura de uma ação a cargo da instituição. Concluída a instrução do inquérito civil e elaborado o relatório conclusivo, o membro do MP que o preside poderá, utilizando-se dos elementos coletados na investigação, optar por propor pode celebrar com o violador de direito transindividual o compromisso de ajustamento de conduta, ajuizar uma ação civil, ou, caso não chegue à conclusão de que realmente houve o ato violador da lei, pode proceder ao arquivamento do inquérito, através de ato devidamente motivado.

Dentre os estudos mais recentes sobre a eficácia dos direitos fundamentais e a atuação jurisdicional nessa área, destaca-se a constatação de Streck (2001):

a eficácia das normas constitucionais exige um redimensionamento do papel do jurista e do Poder Judiciário (em especial da Justiça Constitucional) nesse complexo jogo de forças, na medida em que se coloca o seguinte paradoxo: uma Constituição rica em direitos (individuais, coletivos e sociais) e uma prática jurídico-judiciária que (só)nega a aplicação de tais direitos,

quando retrata o momento atual de crise de paradigmas na hermenêutica jurídica que mobiliza os estudiosos dessa área rumo a uma nova dimensão do seu papel na concretização dos direitos essenciais que se inserem nos fundamentos da República do Brasil da dignidade da pessoa humana e da cidadania (art 1º, II e III CF), dentre os quais se inclui o direito à saúde.

Por força constitucional, desde 1988 a saúde é direito social e um dos direitos fundamentais do povo brasileiro. É nesse contexto constitucional contemporâneo já comentado anteriormente, que a saúde passa a ter o seu conceito ampliado, que a compreende vinculada às condições de vida. Desde então, a saúde tem como determinantes a qualidade da alimentação e da moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Lei 8080/1990). Nesse contexto, a recuperação da saúde, que pressupõe que esta já tenha sido atingida por algum agravo, é apenas uma parte relativa à assistência, que integra o todo desse direito, que também compreende a prevenção e, como prioridade, a promoção da saúde.

Anteriormente, quando a saúde era entendida como “ausência de doença” e seus serviços se limitavam à assistência, a saúde era basicamente vinculada à Previdência Social. Em 1989, embora já sob a vigência da nova Constituição Federal, o sistema público de saúde ainda estava centralizado no nível federal e composto por duas redes de serviços, distintas e não integradas. Uma, vinculada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), era destinada a prestar assistência à população inserida no mercado formal de trabalho. A outra, vinculada ao Ministério da Saúde, era responsável pela prestação de serviços de Saúde Pública em geral, com uma oferta restrita de serviços médico-assistenciais para a população não previdenciária – os indigentes.

Com o advento do Sistema Único de Saúde - SUS, as redes de serviços passaram a ser unificadas (com a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, em 1990) e a cobertura assistencial destinada a todos os cidadãos brasileiros, por força dos princípios constitucionais da universalidade e integralidade da assistência, e dos comandos legais infraconstitucionais (Leis nº. 8080 e nº 8142, ambas de 1990; Normas Operacionais Básicas, editadas pelo Ministério da Saúde nos anos de 1991, 1993 e 1996; as Normas Operacionais de Assistência à Saúde, de 2001 e 2002 e, atualmente o Pacto pela Saúde de 2006).

Para o funcionamento do SUS, a legislação orgânica¹¹ prevê a organização das redes assistenciais e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde com qualidade e resolutividade, através de estratégias fundamentais de regionalização e organização da assistência à saúde em níveis de atenção primária, secundária, terciária e quaternária. A atenção primária, reunindo as ações da Atenção Básica, cuja responsabilidade é afeta aos municípios e constitui o conjunto de ações necessárias para prover a população brasileira da atenção resolutiva e de boa qualidade aos problemas de saúde mais freqüentes, assegurando o acesso a essas ações à menor distância possível dos usuários. A atenção secundária contemplando programas e serviços de tratamento de tecnologia intermediária, que compreendem as medidas de diagnóstico precoce e tratamento imediato dos problemas de saúde e acrescenta algumas de tratamento especializado, com objetivo de reabilitação. O nível de atenção terciária concentra os cuidados altamente especializados e os diagnósticos e tratamentos complexos e tecnologia de maior complexidade e de ponta, servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços. No nível quaternário os serviços são ainda mais especializados e com altíssimo nível tecnológico com equipamentos de ponta e pessoal de formação técnica altamente qualificada para tratamentos intensivos que normalmente envolvem a hospitalização.

Esse novo modelo de atenção baseado na regionalização e hierarquização dos serviços visa promover um planejamento integrado que permita a conformação de sistemas de saúde articulados e cooperativos. Dotados de mecanismos de comunicação e de fluxos de relacionamento, esses sistemas deverão garantir o acesso dos usuários aos serviços de diferentes níveis de complexidade exigidos para a resolução de seus problemas de saúde.

Na esteira de reforma do modelo de atenção à saúde no Brasil, e sob a nova política constitucional que inseriu a cidadania e a dignidade da pessoa humana como fundamentos da República, a Política Nacional de Saúde Mental foi consignada na agenda pública brasileira através da Lei Federal nº 10216 de 2001, que implantou no país uma nova ordem legal ao modelo de atenção à saúde mental, implementando uma política que impõe a reorientação da assistência centrada na referência hospitalar, para um novo molde de atenção de base comunitária. A nova

¹¹Leis nºs. 8080 e 8142, ambas de 1990.

política psiquiátrica desenha as linhas a serem desenvolvidas para oferecer melhor cobertura assistencial e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do Sistema Único de Saúde, dentre estes, mediante o alcance dos princípios da universalidade e da integralidade, as pessoas com sofrimento mental que pratiquem conduta típico-penal.

O novo modelo de atenção à saúde mental tem como premissa fundamental a des-hospitalização, com ampliação da rede ambulatorial e fortalecimento de iniciativas municipais e estaduais que propiciem a criação de equipamentos intensivos e intermediários entre o tratamento ambulatorial e a internação hospitalar.

A reabilitação psicossocial dos pacientes, através da implementação e implantação de serviços de atendimento alternativos, no seio da comunidade, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e outros é eixo da política psiquiátrica veiculada na referida lei.

Os CAPS's, instituídos juntamente com os NAPS - Núcleos de Assistência Psicossocial, através da Portaria/SNAS Nº 224 - 29/01/1992, são unidades de saúde locais/regionais que contam com uma população adstrita definida pelo nível local para oferecer atendimento de cuidados intermediários, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental.

Também estão previstos como serviços substitutivos à internação os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que enfrentam dificuldades de reintegração familiar, moradia e re-inserção social. Os SRT têm o compromisso de resgate da cidadania e reintegração social, não se configurando como serviços de saúde, mas sim como serviços residenciais com função terapêutica, que fazem parte do conjunto de cuidados no campo da atenção psicossocial e têm importância estratégica para a reestruturação da assistência psiquiátrica.

No processo de execução da nova política psiquiátrica, em janeiro de 2004 o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/nº 0052, que instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004, visando permitir uma transição adequada do modelo de assistência psiquiátrica, definindo nova classificação dos hospitais psiquiátricos baseada no número de leitos contratados/conveniados ao SUS, com novos valores de remuneração das diárias

hospitalares, nas quais estão incorporados o incentivo de qualificação do atendimento prestado, aferidos pelo PNASH/Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos, e também o incentivo pela redução dos leitos.

A medida visa beneficiar as unidades de menor porte, ou seja, cada vez que um hospital reduzir 40 leitos, mudará de classificação e ganhará um aumento no valor da diária paga pelo SUS. A nova regra começou a vigorar a partir de 1º de fevereiro de 2004.

Todavia, os Hospitais de Custódia e Tratamento, apesar de abrigarem pessoas com transtornos mentais, não integram o Sistema de Saúde e sim o Sistema Penitenciário; não sendo considerados estabelecimentos de saúde, não estavam submetidos à avaliação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares - PNASH, ficando fora do controle das autoridades sanitárias psiquiátricas.

Através da Portaria Interministerial n.º 628/2002, e da Portaria GM nº 1777/2003 foi aprovado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como naquelas destinadas a internações psiquiátricas compulsórias – hospitais de custódia e tratamento.

A atribuição constitucional que impõe ao Ministério Público o dever de zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos aos direitos assegurados na Constituição Federal e promover as medidas necessárias a sua garantia, foi o respaldo legal para a atuação do Ministério Público do Estado da Bahia, na defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental internos no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado, inclusive o direito à saúde, cujos serviços são distinguidos com relevância pública constitucional.

4. A SAÚDE MENTAL E O DIREITO PENAL

4.1 Aspectos do tratamento jurídico dispensado à pessoa com transtorno mental autora de delito;

4.2 A Medida de Segurança.

4.1 Aspectos do tratamento jurídico dispensado à pessoa com transtorno mental autora de delito

As leis penais registram os valores culturais majoritários ou privilegiados da população do seu tempo. A depender do regime que norteia o poder constituído, podem ser mais rígidas ou mais liberais, mas sempre traduzem o perfil da sociedade.

O ambiente cultural do século XVII possibilitou a formulação dos principais pressupostos teóricos do mundo moderno, e influenciou as principais criações intelectuais nos campos das ciências, da literatura, das artes plásticas, da filosofia e o surgimento de uma ciência racional baseada na observação experimental.

O racionalismo positivista como base do método científico, buscava explicar e resolver qualquer desafio que enfrentasse a humanidade. Com o início dos estudos da sociologia criminal, a compreensão do crime e do criminoso amplia o seu foco que até então se voltava exclusivamente para o indivíduo enquanto causa do crime e permite vislumbrar a necessidade de análise dos fatores sociais.

As raízes do direito penitenciário começaram a surgir através das reflexões de estudiosos do Direito, como Raffaele Garofalo, Enrico Ferri Cesare Beccaria, Jeremy Bentham e Cesare Lombroso. A Escola Clássica, desenvolvida no século XVIII a partir das idéias de Beccaria e Bentham, define a ação criminal enfatizando a liberdade individual e os efeitos dissuasórios da punição.

A Escola Positiva, defendida por Lombroso refuta uma definição estritamente legal, destacando o determinismo, em vez da responsabilidade individual e defende um tratamento científico do criminoso, com o objetivo de proteger a sociedade; Cesare Lombroso era formado em medicina e teve um lugar de destaque na constituição do conhecimento criminológico moderno, ganhando a denominação de “Pai da Criminologia”. Construiu uma teoria evolucionista onde os criminosos

aparecem como indivíduos que reproduziriam física e mentalmente características primitivas do homem, o que permitiria identificar através dos sinais anatômicos, aqueles que estariam, por hereditariedade, destinados à prática de condutas criminosas. Ao considerar o criminoso como um primitivo, Lombroso reduzia o crime a um fenômeno biológico. O seu trabalho “L’Uomo Delinquente”, publicado pela primeira vez em 1876, inúmeras vezes foi reeditado e traduzido em diversos idiomas, tornando-se mundialmente conhecido.

No III Congresso Internacional de Antropologia Criminal realizado em Bruxelas no ano de 1892 foram destaques os teóricos: Durkheim – “o crime como fato social / a tese da normalidade e funcionalidade do crime”; e o magistrado francês Gabriel Tarde - “principio da imitação”. Tarde, que se tornou um crítico mordaz de Lombroso, nos seus textos “La Criminalité Comparée”, contrapõe-se às idéias da antropologia criminal; suas “leis da imitação” explicariam comportamentos sociais e as noções de identidade e similaridade social como critérios de definição da responsabilidade penal. Lacassagne, que liderava a “Escola Sociológica de Lyon” era um crítico radical do positivismo lombrosiano e enfatizava que “cada sociedade tem os criminosos que merece”. Apontava como causa do crime o meio social.

Buscando distinguir entre a loucura e a maldade, surge a figura do perito médico psiquiatra enquanto especialista. Benedict August Morel tornou-se um dos pioneiros da medicina legal na França. No seu “Tratado da Degeneração”, Morel registrou: “deus criou o homem perfeito e o meio ambiente foi degenerando a criatura”.

Até então, os pensadores da psique, filósofos e médicos, que sempre consideraram os fenômenos mentais exclusivamente sob a perspectiva da consciência, acreditavam que todo funcionamento psíquico era consciente por natureza, e que o “eu” constituía a síntese de todas as percepções, internas e externas.

O advento da teoria psicanalítica veio demonstrar que as forças motivadoras do comportamento humano originam-se, basicamente, em processos mentais inconscientes, o que levaria a admitir a existência de um determinismo psíquico.

No Brasil, as primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de proteção à ordem e à paz social, atendendo aos protestos contra o livre trânsito de doentes mentais pelas ruas das cidades. À época, século XIX, o meio

social era fortemente polarizado entre dois extremos: de um lado uma minoria de senhores e proprietários e, de outro, a multidão de escravos e a massa indefinida e crescente de desocupados permanentes ou transitórios que, a depender da ocasião, enveredariam pelo crime.

Até então ignorada, a loucura passa engrossar as levas de vadios e desordeiros nas cidades, arrastada na rede comum da repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade. Os doentes são recolhidos aos porões das santas casas, mas não recebem assistência médica. Seus delírios e agitações são reprimidos por espancamentos ou contenção física que pode durar até a morte, geralmente causada por maus tratos, desnutrição e doenças infecciosas. A exclusão já se manifestava como tendência central da assistência psiquiátrica brasileira.

O primeiro Código Penal do Brasil foi sancionado em 16 de dezembro de 1830, pelo Imperador D. Pedro I, observando preceitos da escola clássica do direito penal, onde a tipificação de um ato delituoso independia dos atributos pessoais de quem o praticava (CHALOUB, 1981).

Como a loucura, enquanto móvel do crime, punha em questão os pilares da doutrina clássica do Direito, o Código Criminal do Império assim tratou o assunto no seu artigo 10: ... “não se julgarão criminosos: ... § 2º “Os loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime”.

A lucidez ali referida traduzia-se no retorno ao estado de razão, numa concepção intelectualista, em que a loucura seria desrazão (MACHADO, et al, 1978). Àquela época ainda não existia possibilidade de uma loucura lúcida, como mais tarde viria a ser formulada por Pinel e Esquirol (CARRARA, 1998).

Esse Código Criminal dizia no artigo 12: "Os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente." Nessa época ainda não existiam asilos nem lugar específico para abrigar os loucos. Aos doentes mentais pobres que vagavam pelas ruas, restavam as prisões e os hospitais da Santa Casa (AMARANTE, 1994). Os doentes abastados eram entregues aos cuidados das respectivas famílias.

Com a inauguração, em 1852, no Rio de Janeiro, do primeiro asilo para doentes mentais (AMARANTE, 1994), o Hospício D. Pedro II e seguindo a determinação do Código Penal Imperial, os juízes passaram a enviar os loucos infratores para o Asilo de Alienados, sob os protestos dos alienistas, que

organizaram um movimento para a construção de manicômios judiciários, sob a argumentação de que a invasão dos asilos por criminosos comprometia o tratamento e ameaçava a especificidade da psiquiatria.

O Código Criminal do Império de 1830 trouxera mudanças para o doente mental em conflito com a lei e o seu destino institucional. Além de ser um ato previsto em lei, o crime passou a ter uma nova característica em relação à imputabilidade do agente que o pratica. A nova lei penal considera os loucos inimputáveis e isentos de sanções penais, estabelecendo que sejam encaminhados para um Hospício de Alienados. Para a constatação da alienação mental, os exames médicos periciais passaram a ser as provas reconhecidas como legítimas e precedentes.

Como essa nova legislação propiciou um grande número de absolvições, gerou insatisfações entre os magistrados e resultou no estabelecimento de limites na classificação diagnóstica da loucura e na autonomia do perito, que passou à condição de assessor do juiz no processo. O julgador não ficava obrigado a seguir a indicação dos laudos periciais e podia decidir sob entendimento diverso: "A missão do perito é, apenas, esclarecer o juiz para que este possa bem aplicar a lei ... não lhe é lícito, abdicando a faculdade de julgar e de punir, submeter-se cegamente ao parecer dos peritos". No entendimento dos juristas, o procedimento do artigo 29 daquele Código fora instituído como uma medida preventiva, e a periculosidade ali se configura em um elemento jurídico, que só poderia ser avaliada pelo juiz criminal, resultado da perícia, contrariou os alienistas e provocou um movimento destes pela construção de manicômios criminais.

O tratamento dispensado ao doente mental infrator no Brasil gerou discussões teóricas entre magistrados que os encaminhavam para os hospícios e alienistas que se empenhavam para que fossem retirados dos hospícios e colocados em "manicômios judiciais", o que culminou com a constituição de um modelo de intervenção penal especial para delinqüentes doentes mentais. Em 30 de abril de 1921 é inaugurado o Manicômio Judiciário no Rio de Janeiro, em 31 de dezembro de 1933, o Manicômio Judiciário Franco da Rocha, em São Paulo.

Na esteira dos ideais eugenistas importados da Europa, a bordo do ideário *nazi-fascistas* que lá se fortalecia, surgiu no Brasil "Liga Brasileira de Higiene Mental" com o propósito de melhorar a assistência psiquiátrica e aperfeiçoar o

cuidado aos doentes, com os métodos de precisão autoritária que se refletiram no Código de Processo Penal que vigora atualmente.

Importa registrar que o baiano Juliano Moreira assumiu a direção do Hospício Nacional de Alienados em 1904, quando novos rumos para o campo da medicina mental integravam as diretrizes da saúde pública, que iam do alargamento das ruas e demolição de habitações precárias a uma intensa campanha de vacinação e profilaxia das doenças, promovida por Oswaldo Cruz, então diretor-geral de Saúde Pública. A atuação de Juliano Moreira no referido hospital vinha reforçar tais iniciativas “modernizadoras”, ampliando-as para essa esfera da assistência pública – a dos alienados – corroborada pelo projeto de desenvolvimento de uma ciência psiquiátrica brasileira (VENÂNCIO, 2004).

Juliano Moreira desenvolveu esforços em defesa de uma psiquiatria científica brasileira atestando que a afecção da doença mental ocorria aqui, tanto como na Europa, refutando a idéia de uma hierarquia dos povos pautada na diferença entre países de climas variados ou formações raciais diversificadas.

Todavia, diversamente do entendimento científico de Juliano Moreira, o conhecimento psiquiátrico da época estabelecia uma relação de determinação entre raça e aparecimento de doença mental. Naquele período compreendido entre 1862-1906, Nina Rodrigues um dos expoentes da nascente psiquiatria brasileira, da medicina legal e da antropologia – disciplinas então entrelaçadas – discutiria a relação entre loucura e crime, utilizando para tanto o aporte teórico da noção de degeneração e de sua correlação com a miscigenação racial. Para Nina Rodrigues, a distinção racial era importante para a compreensão das doenças físicas e mentais, considerando-se que as raças transmitiriam “os produtos de seus cruzamentos caracteres patológicos diferenciais de valor” (VENÂNCIO, 2004 apud RODRIGUES, 1939).

Juliano Moreira, por sua vez, negaria a correlação entre degeneração e constituição racial, apontando que a etiologia da primeira decorria de outros fatores causais: o alcoolismo, a sífilis e as condições educacionais e sanitárias precárias. O que Juliano Moreira propunha versava sobre a igualdade das raças, que possibilitaria a inclusão do miscigenado povo brasileiro num projeto universalista de desenvolvimento. O pensamento de Juliano Moreira sobre a dimensão físico-orgânica das doenças mentais, suas causas e evolução, coadunava-se com uma perspectiva inovadora para o pensamento psiquiátrico brasileiro. Tratava-se da

defesa de um projeto de sociedade moralmente igualitária e profilática em relação às possíveis diferenças físico-orgânicas individuais que, apesar de poderem atingir uma parcela da população, eram independentes do clima e da constituição racial (VENÂNCIO, 2004).

O século XX se iniciou, já sob o regime Republicano, com os insanos delinqüentes sendo colocados em áreas especiais dos asilos. O Decreto 132, de 23 de dezembro de 1903 estabeleceu normas para a internação dos alienados, proibindo a sua manutenção em cadeias públicas ou entre criminosos. No seu artigo 11 determinava que: “enquanto os estados não possuírem manicômios criminais, os alienados delinqüentes e os condenados alienados, somente poderão permanecer em asilos públicos nos pavilhões que especialmente se lhes reservem”.

Em conseqüência desse Decreto foi instalada no Hospício Nacional de Alienados uma enfermaria destinada à internação dos alienados delinqüentes e para observação dos acusados suspeitos de alienação mental, fazendo surgir a “seção Lombroso” que funcionou com muitos problemas e foi extinta com a criação do primeiro Manicômio Judiciário no Rio de Janeiro em 1921.

Com um novo Código Criminal sancionado em 1940, a definição de crime volta a ser independente da imputabilidade do delinqüente e o doente mental não deixa de ser criminoso em decorrência desse seu estado:

art. 1º - Não há crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal;

art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental, ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de indeterminar-se de acordo com o entendimento.

Surge então no cenário jurídico brasileiro a Medida de Segurança, com o escopo de propiciar o tratamento psiquiátrico adequado ao doente mental infrator, e manter a paz social encarcerando indivíduos presumidamente considerados perigosos para a sociedade, adotando como pressuposto para sua imposição, a periculosidade social como sanção penal autônoma.

A periculosidade como fundamento jurídico da internação demonstra a influência da antropologia criminal e da escola penal positiva fundadas por Lombroso: a periculosidade enquanto elemento central para definição da pena e a idéia da prevenção criminal.

No critério adotado no Código Penal de 1940, o crime contém um momento intelectual - que se relaciona com a capacidade de entendimento, e um momento volitivo - relacionado com a capacidade de determinação. Para caracterizar um criminoso como inimputável (DAMÁSIO DE JESUS, 1988), é suficiente a ausência de um dos elementos — a vontade ou o entendimento — em decorrência de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado. O critério biopsicológico, (FRAGOSO, 1978), avalia a existência de um nexo de causalidade entre o estado mental e o crime praticado.

4.2 A Medida de Segurança

A Medida de Segurança é um instituto do Direito Penal que a doutrina brasileira tem insistido em caracterizar como uma medida de tratamento compulsório em que a internação se faz necessária para fins curativos e não punitivos.

Buscando contextualizar a Medida de Segurança consoante prevista na Legislação Penal, com os dispositivos constitucionais que caracterizam o Estado Democrático de Direito adotado pela Constituição Federal brasileira de 1988, bem assim no que tange às leis infraconstitucionais que disciplinam a assistência à saúde em geral e, em especial, a saúde do doente mental autor de delito, torna-se necessária uma rápida referência às disposições legais que lhe dizem respeito.

Adotada pela primeira vez no Código Penal norueguês em 1902, em seguida, pelo Código Penal argentino em 1921 e pelo Código Penal italiano em 1930, a Medida de Segurança foi adotada no Brasil pelo Código Penal de 1940 como a possibilidade de atuação frente à loucura, tomando por base a responsabilidade social e encarcerando indivíduos presumidamente considerados perigosos para a sociedade. Tendo a periculosidade social como pressuposto para sua imposição, a sua introdução no sistema jurídico como sanção penal autônoma para privar ou restringir direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais, ocorreu sob o argumento de propiciar o tratamento psiquiátrico adequado e manter a paz social.

A partir de desse novo Código, a todo delinqüente que a lei ou o juiz presumisse "perigoso" se impunha, simultaneamente, a pena de prisão e a medida de segurança; se o tratamento se revelasse eficiente no caso concreto, superando a periculosidade do condenado, ser-lhe-ia concedido o livramento condicional – que importava em extinção de punibilidade e conseqüente revogação da medida de

segurança, se cumpridas as condições impostas. Caso contrário, isto é, persistindo os indícios de periculosidade, o condenado teria de cumprir a pena toda e passaria, em seguida, ao regime de segurança, cuja duração é condicionada à permanência do "estado perigoso" e, portanto, indeterminável. Por sua justificativa de tratamento compulsório é que se diz não ter caráter punitivo, visando apenas ao fim de utilidade a que se pode chamar "cura social dos perigosos" (HUNGRIA, 1956).

Com o desgaste do método de combate ao crime atribuído a esse sistema dualista (que impunha a aplicação de penas, somado-as com a medida de segurança, para os criminosos imputáveis e perigosos) foram introduzidas as alterações pela Lei nº 7.209 - Lei de Execuções Penais (LEP) - de 11 de Julho de 1984 na parte geral do Código Penal, e adotado o Sistema Unitarista - pena para os imputáveis e medida de segurança para os inimputáveis.

No Código Penal (em vigor), após as modificações introduzidas pela LEP em 1984 os dispositivos relativos a essa matéria ficaram redigidos conforme exposto no quadro seguinte. (Figura 1).

Figura 1 – Dispositivos do Código Penal, após as modificações da Lei n.º 7.209, de 11 de julho de 1984 (LEP).

<p>Artigo 26: 'É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento'.</p> <p>Parágrafo único: "A pena pode ser reduzida de 1 (um) a 2/3 (dois terços) se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento'.</p> <p>Artigo 96: 'As medidas de segurança são: I – internação em hospital de custódia e "tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II – sujeição a tratamento ambulatorial';</p> <p>Artigo 97: 'Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial". Parágrafo 1o: A internação ou tratamento ambulatorial será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.</p> <p>Parágrafo 2o. A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução".</p> <p>Parágrafo 3o: A desinternação ou a liberação será sempre condicional, devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade'.</p> <p>Parágrafo 4o: 'Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos'.</p> <p>Artigo 98: 'Na hipótese do parágrafo único do artigo 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e seus parágrafos 1o. a 4o".</p>
--

Porém, essas modificações no Código Penal em nada beneficiaram o doente mental delinqüente; a inimputabilidade e irresponsabilidade permaneceram nos mesmos termos, agora no artigo 26. As modificações que ocorreram em relação à medida de segurança, versaram apenas sobre a alternativa de internamento em hospital de custódia e tratamento ou similar, ou o tratamento ambulatorial. O prazo mínimo de duração determinado pelo juiz no limite mais estreito de um a três anos, mantendo o caráter indeterminado e a liberdade condicional.

Atualmente, quando ocorre um crime, se o autor for mentalmente insano estará legalmente isento de pena e, conforme previsto no artigo 26 do Código Penal brasileiro ser-lhe-á aplicada a Medida de Segurança. Todavia, a insanidade somente pode ser atestada após exames médicos periciais que a comprovem. Para dirimir dúvidas sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordena (de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado) que este seja submetido a exame médico-legal que confirmará ou não a insanidade mental. Esse exame é realizado nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que, no Estado da Bahia, está situado na Capital. Então, para esclarecer essa dúvida levantada por pessoas leigas em medicina sobre a sanidade mental do agente do delito, ele é deslocado do lugar onde mora, seja zona rural ou sede de um município do interior e levado para ser internado no HCTP, onde permanecerá, no mínimo, durante 45 dias (prazo estabelecido no Código de Processo Penal para a realização do exame). Verifica-se que nada adiantou a abertura de possibilidade de tratamento ambulatorial prevista no art.98 do Código Penal, pois a internação já acontece, para realização de exames periciais, antes da sentença.

O Código de Processo Penal¹² de 1941 que ainda se encontra em vigor assim dispõe:

Artigo 149: Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.
§ 1o.: O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.

¹² Código Processual Penal é o sistema de princípios e normas legais que regulamentam do exercício da função jurisdicional, que é função soberana do Estado e consiste em administrar a justiça.

§ 2o.: O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo se já iniciada a ação penal, salvo quando às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento.

Artigo 150: Para o efeito do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar.

§ 1º - O exame não durará mais de 45 (quarenta e cinco) dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo.

A lei processual penal limita o prazo para a realização do exame e conclusão do laudo em 45 dias (art. 150 §1º CPP) e, embora a lei processual não preveja expressamente, os recursos do método de interpretação analógica permitem que esse prazo possa vir a ser dilatado, se demonstrada a necessidade de mais tempo para a perícia.

A medida de segurança nada tem a ver com a capacidade penal (salvo quanto ao modo de sua execução), mas tão somente com a periculosidade individual, a cuja persistência ou cessação corresponde, respectivamente, sua continuidade ou revogação. O reconhecimento da existência ou permanência da periculosidade ou de sua cessação não passa de uma prognose, uma suposição ou previsão que, necessariamente, não traduz a realidade. Enquanto os médicos peritos não atestarem a ausência da periculosidade, mesmo não existindo critérios de certeza, senão cálculo de probabilidade, para o julgador existirá relevante probabilidade do retorno à prática de fatos previstos como crime.

Ao analisar os códigos penais brasileiros, percebe-se que as políticas públicas criminais ali estabelecidas adotaram procedimentos de sanção contra o crime, enfatizando a repressão do ato em si; procedimentos de sanção contra o criminoso que priorizam o comportamento dos agentes; e por último, a "estratégia da periculosidade", que inseriu o doente mental infrator e o seu lugar institucional no contexto das políticas criminais, como parte do sistema penitenciário.

Após o cumprimento da Medida de Segurança ou a título de liberação antecipada, ainda no curso desse cumprimento, o Poder Judiciário poderá conceder a desinternação do paciente, que sempre será condicional, uma vez que a situação anterior poderá ser restabelecida se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano após desinternado, praticar fato indicativo de persistência de sua periculosidade. Além disso, se a Medida de Segurança aplicada consistir em tratamento ambulatorial, em qualquer fase desse tratamento, o juiz poderá determinar a internação do agente, se entender necessária essa providência para fins curativos e poderá mandar recolher

e submeter esse agente a tratamento em estabelecimento dotado de características hospitalares que, nos termos da Lei de Execuções Penais (art. 99) é o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

O direito penal denomina de “livramento condicional” a liberdade antecipada concedida ao condenado que cumpre uma pena privativa de liberdade superior a dois anos, desde que atendidos os requisitos legais e sob condições judiciais. Esse benefício é extensivo ao sentenciado com Medida de Segurança, quando ocorrer e se constatar a ausência ou cessação de periculosidade (Código de Processo Penal, art. 710, II).

A cessação da periculosidade – pedra de toque das mais atuais discussões no setor da saúde mental, no campo da saúde coletiva - segundo a LEP deverá ser averiguada através de exame das condições pessoais do agente, observando-se os preceitos do seu artigo 175. Porém, a qualquer tempo, mesmo no curso do prazo mínimo de duração da medida de segurança, o juiz da execução, atendendo a requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, pode ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo 176 da LEP. E nas hipóteses de desinternação ou de liberação, aplicar-se-á o disposto nos artigos 132 e 133 desta Lei, que versam sobre o livramento condicional.

Aníbal Bruno, apud Eduardo Ferrari, 2001, assevera que:

a periculosidade criminal é um estado de grave desajustamento às normas de convivência social, resultante de uma maneira de ser particular do indivíduo, congênita ou gerada pela pressão de condições desfavoráveis do meio, originando a prática de um ato ilícito. (ANÍBAL BRUNO, apud EDUARDO FERRARI, 2001)

O livramento condicional somente pode ser concedido ao interno sob medida de segurança quando a perícia atestar a ausência ou cessação de periculosidade (arts. 710 II e 712 CPP) e poderá ser concedido pelo juiz da execução da pena mediante requerimento do sentenciado, de seu cônjuge ou de parente em linha reta, por proposta do diretor do estabelecimento penal, ou por iniciativa do Conselho Penitenciário.

Quando é deferido o pedido, o juiz especifica as condições a que ficará subordinado o livramento, determinará a expedição da carta de guia de desinternação com a cópia integral da sentença em duas vias, remetendo uma ao

diretor do estabelecimento penal e outra ao presidente do Conselho Penitenciário (art. 722 CPP).

O livramento condicional se reveste de solenidade; em dia marcado pela autoridade que a preside, a sentença será lida ao liberando pela autoridade judiciária, ocasião em que o liberando será advertido para as condições impostas na sentença de livramento e este declarará se aceita as condições; é lavrado o termo próprio, subscrito por quem presidir a cerimônia, e pelo liberando (ou por alguém a seu rogo, se não souber ou não puder escrever) e cópia do termo será remetida ao juiz do processo (art. 723, CPP). O liberando receberá uma caderneta e um documento denominado "Salvo Conduto" nos quais será consignado o cumprimento das condições impostas, que deverão ser rigorosamente cumpridas, sob pena de revogação do livramento condicional, o que também ocorrerá se o liberado praticar nova infração penal (art. 732, CPP).

As normas de conduta fixadas pelo juiz durante o livramento condicional são obrigatórias:

- a) tomar ocupação, dentro de prazo razoável, se for apto para o trabalho;
- b) não mudar do território da jurisdição do juiz, sem prévia autorização deste.

Também poderão ser impostas ao indivíduo sujeito à liberdade vigiada, entre outras obrigações, as seguintes (art. 767, CPP):

- a) não mudar de habitação sem aviso prévio ao juiz, ou à autoridade incumbida da vigilância;
- b) recolher-se cedo à habitação;
- c) não trazer consigo armas ofensivas ou instrumentos capazes de ofender;
- d) não freqüentar casas de bebidas ou de tavolagem, nem certas reuniões, espetáculos ou diversões públicas.

A cessação de periculosidade é aferida por meios subjetivos, através de indiciárias expressões de conduta, interpretando atitudes exteriorizadas, analogias ou sugestões de experiências em casos anteriores. Apesar de ser uma prognose sem critérios de certeza, é o único substrato a subsidiar o julgamento de concessão da desinternação. Há que se considerar que a cessação de periculosidade não

certifica a cura do doente mental, apenas aventa uma prognose da possibilidade de voltar a delinquir. Mesmo assim, a lei espera que o interno entenda e cumpra as condições impostas, sob pena de reinternação motivada por “quebra de salvo-conduto”.

Pode-se constatar que o livramento condicional é uma forma de liberdade provisória concedida sob condições que pressupõem o discernimento do doente mental. O seu cumprimento, permeado de restrições de comportamento, reclama que o liberando permaneça sob tratamento contínuo, para que não ser acometido de nova crise. Todavia, essa liberação provisória não é acompanhada por profissionais de saúde mental no sentido de assegurar a estrutura necessária para que o paciente desinternado possa cumprir as condições impostas e prosseguir vivendo sem intercorrências que possam causar a sua reinternação.

Não sendo assegurado ao Liberando, a partir do momento da desinternação, o tratamento extra-hospitalar que poderia garantir a sua estabilidade e equilíbrio mental, deixa-se entregue à sua responsabilidade o cumprimento das regras de condutas, sem o mínimo suporte de apoio para os momentos de dificuldades que venham a surgir. Apesar da sua vulnerabilidade, exposto às vicissitudes do meio social e familiar com que se defrontará, à menor violação das condições impostas (quebra de salvo-conduto), o liberado será recolhido novamente.

E assim ocorre, sucessivamente, como comprovam as recorrentes internações que estão registradas nas fichas institucionais, conforme foi constatado no censo jurídico-social realizado pelo Ministério Público do Estado da Bahia.

5. O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO ESTADO DA BAHIA

5.1 Aspectos institucionais dos organismos integrantes estrutura de governo do Estado, com atribuições relacionadas com a Custódia e Tratamento Psiquiátrico das pessoas com transtorno mental autoras de delito;

5.2 A crise do HCTP em 2003 e a Intervenção do Ministério Público estadual;

5.3 Situação Jurídica e social dos internos;

5.3.1. Aspectos Sociais;

5.4. Observação participante;

5.5. O TAC – Termo de Ajustamento de Conduta e os impasses para o cumprimento da lei;

5.6.1. Responsabilidade da SESAB, no que tange à atenção à saúde .

5. 1 Aspectos institucionais dos organismos integrantes estrutura de governo do Estado, com atribuições relacionadas com a Custódia e Tratamento Psiquiátrico das pessoas com transtorno mental autoras de delito.

Esta abordagem tem como ponto de partida a época em que os loucos não acolhidos pela Santa Casa vagavam pelas ruas da capital da Bahia até serem recolhidos à chamada “Casa de Correção”, onde eram encarcerados juntamente com criminosos (JACOBINA, 2001).

Até o ano de 1874, como não existia na Bahia hospital ou casa de saúde onde fossem recolhidos e tratados, os doentes mentais eram encarcerados em cubículos infectos, estreitos e escuros da Santa Casa.

Em 18 de junho de 1869 foi aprovada da Lei nº 1089 que autorizava a compra do Solar da Boa Vista, antigo prédio que, segundo Jacobina (2001) fora construído por um negreiro português, depois foi residência pelo Dr. Antônio José Alves, pai do poeta Antônio de Castro Alves.

Localizado fora do centro da cidade, o Solar da Boa Vista atendia ao principal requisito para a sede de um asilo de alienados. Em 1872 foram iniciadas as

reformas e, inaugurado em 1874, começou a funcionar sob a denominação de Asilo São João de Deus. Bastante tempo depois, já no século seguinte, esse Asilo, recebeu a denominação de Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, em homenagem ao médico baiano que ganhara notoriedade científica no Rio de Janeiro. Posteriormente, em um espaço anexo, o Pavilhão Manoel Vitorino, passou também a abrigar os doentes mentais infratores.

Naquela época, vigorava o Código Criminal do Império que fora sancionado por D. Pedro I em 1830, seguindo as bases doutrinárias da Escola Clássica do Direito Penal que contemplava a igualdade dos homens perante a lei, a pena em função da gravidade do delito e condicionava a existência de crime à sua definição legal.

A Lei nº 6.074 de 1991, que trouxe modificações à estrutura organizacional da administração pública do Estado, extinguiu o Serviço de Administração da Justiça e alterou a denominação do Manicômio Judiciário para Hospital de Custódia e Tratamento, conforme o texto do seu artigo 25: “O Manicômio Judiciário do Departamento de Assuntos Penais, da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos, passa a denominar-se Hospital de Custódia e Tratamento”.

Na segunda metade do século XX, o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira foi transferido para um novo prédio situado no bairro de Narandiba e o Manicômio Judiciário, instituição penal que hoje é denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico passou a ocupar as antigas instalações do Engenho de Brotas, até a sua transferência para a Baixa do Fiscal.

Atualmente, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP do Estado da Bahia está localizado na região limítrofe do subúrbio ferroviário da cidade de Salvador, conhecida como Baixa do Fiscal, em um prédio antigo que foi construído no início do Século XX para a instalação de uma penitenciária, que ali funcionou durante muito tempo. É um prédio sombrio, com paredes de grande espessura e “pé direito” muito alto, em cujos corredores, sem ventilação nem iluminação natural, não se vê diferença entre o dia e a noite.

O HCTP integra o sistema penitenciário do Estado da Bahia, sob a administração da Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos - SJDH, em cujo sistema é a Unidade destinada a receber, sob regime de internação e por determinação judicial para perícia, custódia e tratamento - indiciados, processados e

sentenciados, suspeitos ou comprovadamente portadores de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardo - em regime fechado e com segurança máxima.

Desde 1895 a SJDH, então denominada de “Secretaria do Interior, Justiça e Instrução Pública” foi uma das Pastas que integraram a administração pública do Estado da Bahia, por força da Lei n°115/1985.

Com a organização da função judiciária operada através da Lei n° 2321/1966, as atribuições da Secretaria de Justiça foram alteradas e o seu Regimento foi aprovado pelo Decreto n.º 19.927 do mesmo ano.

Em 1987, com a Lei n.º 4.697, a Pasta passou a ser denominada Secretaria da Justiça e Direitos Humanos, ocasião em que sofreu alteração estrutural e acréscimo de alguns órgãos.

Uma das unidades que compõem a organização administrativa da SJDH é a Superintendência de Assuntos Penais – SAP, órgão em Regime Especial de Administração Direta que tem a sua base legal de criação na Lei n° 29.516/2005, veio substituir o antigo Departamento de Assuntos Penais – DAP, que existiu sob a vigência da Lei n.º 2. 321, de 11.04.66.

A atual estrutura do SAP é composta de cinco coordenações (Coordenação Administrativa Financeira; Coordenação Administrativa; Coordenação Contábil-Financeira; Coordenação Infra-Estrutura; Coordenação de Gestão Integrada da Ação Penal; Coordenação de Estudo e Desenvolvimento da Gestão Penal) e uma Central de Apoio e Acompanhamento às Penas e Medidas Alternativas da Bahia.

Na SAP estão concentradas todas as tomadas de decisão do Complexo Penitenciário, inclusive do HCTP que, como as demais unidades, não tem a mínima autonomia administrativa nem financeira. A Direção do HCTP é ocupada por um médico psiquiatra, que também exerce atividade médica naquela unidade. As funções dessa Diretoria se resumem a atividades burocráticas, sob ordens superiores emanadas da SAP. (Figura 2)

Figura 2 - Esfera de competência da Superintendência de Assuntos Penais – SAP

Formulação de políticas e diretrizes para a administração do Sistema Prisional e manutenção de permanentes atividades de otimização dos serviços prestados.
Elaboração de planos, programas e projetos relacionados com a custódia e o tratamento de presos e o acompanhamento de egressos.
Coordenação, supervisão, execução e avaliar das atividades relacionadas com a custódia e o tratamento de presos e condenados.
Realização de estudos e pesquisas nas áreas criminal e penitenciária, com o objetivo de subsidiar a formulação de políticas de prevenção à criminalidade e de execução penal.
Programação, efetivação e incentivo de eventos de cunho científico em sua área de atuação.
Fornecimento de alimentação aos internos dos estabelecimentos penais, inclusive aos presos provisórios.
Garantir o respeito e a inteligência física e moral dos custodiados; assegurar, aos internos, assistência à saúde, material, social, psicológica, educacional, judiciária, bem assim condições de qualificação profissional e desenvolvimento de atividades laborativas, em consonância com o disposto na Lei de Execução Penal – LEP
Promoção dos meios necessários à fomentação e manutenção dos vínculos familiares, religiosos e comunitários dos custodiados, com observância das normas de segurança das unidades
Aprimoramento do Sistema Prisional através de articulações com organismos estaduais, federais, internacionais e estrangeiros.
Promoção de atividades relativas às práticas culturais, socializadoras, recreativas e esportivas. em compatibilidade com a natureza e com as normas de segurança das unidades.

Também integra a estrutura da SJDH, o Conselho Penitenciário do Estado - órgão consultivo e fiscalizador da execução da pena, visando a reinserção social do condenado, que se manifesta através pareceres sobre livramento condicional, comutação de pena e indulto e inspeciona os estabelecimentos e serviços penais. É composto de: dois professores ou profissionais especializados em Direito Penal ou Processual Penal; um representante da Defensoria Pública do Estado; dois professores ou profissionais especializados em Medicina Legal ou Psiquiatria; um representante do Ministério Público Federal; um representante do Ministério Público Estadual; um representante da comunidade, de livre escolha do Governador; e um representante da Ordem dos Advogados do Brasil - OAB, Seção Bahia, indicado pelo seu Conselho Estadual.

O Conselho Penitenciário, que desde em 1969 tem a atribuição de auxiliar o controle e a fiscalização da execução do sistema penitenciário, dos egressos, liberados condicionais ou não, e dos processados é presidido por um dos seus membros, nomeado pelo Governador do Estado, mediante indicação do Colegiado.

Como uma instituição encarregada de duas funções conflitantes entre si – o tratamento de saúde mental e a prisão - que têm orientações técnicas diversas, na maioria, incompatíveis, verifica-se a impossibilidade da manutenção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como lugar de tratamento de pessoas com transtornos mentais, cuja orientação técnica atual privilegia os serviços de saúde mental comunitários e próximos da família, como parte da terapêutica indicada para tratamento desses pacientes.

No decorrer desse trabalho, o cotejo das normas que regulam a custódia prisional e o tratamento de saúde, tornará evidente essa incompatibilidade.

5. 2 A crise do HCT em 2003 e a Intervenção do Ministério Público Estadual

Segundo declarações dos seus dirigentes, a capacidade do HCT - o único estabelecimento do gênero no Estado da Bahia - é de 280 leitos destinados à internação de pessoas oriundas de todos os municípios baianos para serem submetidas a exames periciais psiquiátricos e/ou, depois de sentenciadas, cumprirem medidas de segurança.

No início do ano de 2003, o desgaste institucional do HCTP da Bahia ultrapassou os seus muros chegou aos noticiários da imprensa e ao Ministério Público (MP), ecoando os protestos de revolta dos funcionários e deflagrou um processo de mobilização social que contou com a adesão de várias Instituições. As notícias veiculadas na imprensa local sintetizaram-se na manchete de um noticioso local que denominava o HCTP de “Sucursal do Inferno”.

Quando da primeira vistoria realizada pelo MP em fevereiro de 2003 havia 416 internos (376 homens e 40 mulheres) amontoados nas dependências do HCTP. A situação ali encontrada ensejou a instauração de inquérito civil pela 6ª Promotoria de Justiça da Cidadania para apurar as irregularidades que estariam ocorrendo naquela Instituição, violando os direitos das pessoas ali mantidas sob internação.

Em 23 de dezembro de 2002, a Diretoria de Vigilância e Controle Sanitário – DIVISA - realizou visita técnica ao HCT, cujo Relatório permitiu constatar a superlotação existente, vez que havia 469 (425 homens e 44 mulheres) internos

numa estrutura com capacidade para 280 leitos. Ali não existiam as Comissões de Ética Médica, Controle de Infecção Hospitalar, Interna de Prevenção de Acidentes, Revisão de óbitos e Revisão de Prontuários. Quanto aos Recursos Humanos, informava que o HCTP contava com um total de 206 servidores, dos quais 188 estão diretamente ligados à assistência ao cliente. Era baixo o grau de limpeza, sem pessoal treinado e havia um déficit muito grande de pessoal para esse tipo de atividade. A roupa hospitalar, além de escassa (cama, banho e paciente), tinha baixo grau de limpeza e conservação; Também havia grande déficit de medicamentos e inexistência de alguns itens. Existiam cela forte e outros espaços restritivos/punitivos. Enfim, evidenciava-se a necessidade de efetivar inúmeros melhoramentos, principalmente quanto à higienização e limpeza das enfermarias e aquisição de medicamentos; necessidade de rever com brevidade o quadro de pessoal, principalmente nas áreas diretamente ligadas ao cliente (auxiliar de enfermagem, assistente social, agente de presídios e outros).

Também foram realizadas no HCT visitas de integrantes de vários órgãos públicos e da sociedade civil - Ministério da Saúde, Ministério Público, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Direitos Humanos, Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos, da Secretaria Estadual de Saúde -SESAB, Conselho Estadual de Saúde Câmara dos Deputados, Assembléia Legislativa da Bahia, Conselho Regional de Medicina da Bahia - CREMEB, Ordem dos Advogados do Brasil, secção Bahia - OAB/BA, Associação Psiquiátrica da Bahia, Movimento Antimanicomial e outros, que também constataram as precárias condições daquele Hospital-Prisão e as denunciaram de várias formas, inclusive através da mídia.

Ao lado de deficiências administrativas graves que impactavam nas condições de salubridade, higiene, segurança e atividades técnico-terapêutica, várias outras irregularidades contribuíam para a deterioração da vida e da saúde dos internos (quase duas dezenas de mortes em menos de um ano). Os levantamentos realizados também demonstraram uma gama inaceitável de violações aos direitos dos cidadãos ali custodiados, irregularidades jurídico-processuais que se constituíam em gritantes constrangimentos ilegais e terminavam levando à prisão perpétua pessoas indefesas, doentes mentais encarcerados sem o mínimo direito de

gerir a própria vida, que praticaram¹³ ou tentaram¹⁴ praticar condutas tipificadas como crime.

É importante registrar que à situação do HCT caberia a imediata interdição do estabelecimento; contudo, diante da precariedade dos serviços de saúde mental no Estado da Bahia, tornou-se inviável promover essa medida extrema, pois não existiam leitos disponíveis em hospitais públicos e/ou privados em instalações adequadas para abrigar a população ora recolhida naquele Hospital de Custódia. Com fundamento no princípio constitucional da proporcionalidade¹⁵ o MP entendeu ser mais razoável adequar as condições dos internamentos até que fosse possível uma solução definitiva.

No Procedimento de Inquérito Civil a Promotoria determinou a realização de inspeção naquele Hospital por uma equipe multi-profissional integrada por um médico e três engenheiros de segurança, acompanhados de uma Promotora de Justiça, a qual constatou, além das questões relativas às condições de trabalho dos agentes penitenciários, problemas muito graves em relação ao estado de conservação das dependências destinadas a abrigar os internos, à salubridade e higiene dos ambientes internos e externos, dos equipamentos, do mobiliário e de rouparia; bem assim em relação às necessidades de saúde e outros cuidados relativos à população internada.

Durante a instrução do Inquérito Civil, os depoimentos colhidos e documentos acostados trouxeram informações que possibilitaram conhecer a dimensão das irregularidades que ocorriam naquele Estabelecimento e a extensão dos agravos à saúde e à vida dos internos, exigindo providências urgentes e efetivas por parte dos Órgãos de Estado responsáveis por aquela atípica¹⁶ Unidade Estatal, nos setores administrativos, jurídicos e de saúde.

¹³Crime consumado, quando nele se reúnem todos os elementos de sua definição legal (art. 14, I, Código Penal Brasileiro).

¹⁴Crime tentado, quando, iniciada a execução, não se consuma por circunstâncias alheias à vontade do agente (art. 14, II, Código Penal Brasileiro).

¹⁵ Princípio da Proporcionalidade - Quando ocorre uma colisão entre os valores albergados por dois ou mais princípios da ordem constitucional, por meio da hermenêutica jurídica, pode-se fazer uma análise com a aplicabilidade da Proporcionalidade no sentido de solucionar a colisão supramencionada.

¹⁶Atípica por exercer finalidade que conjuga atribuições submetidas, tanto na esfera federal como na estadual, a organismos diversos dentro da estrutura constitucional do Estado: administração carcerária e atenção à saúde, respectivamente afetas ao Ministério/Secretaria da Saúde e Ministério/Secretaria da Justiça.

Logo se verificou a veracidade de alguns pontos levantados pelo SINSPEB, (denúncias sobre a inadequação do prédio onde funciona o HCTP à sua finalidade quanto às necessidades especiais de pessoas idosas e/ou com deficiência física; que ali não havia suporte para pacientes que se encontrassem sob tratamento diferenciado, prostrados em leito, em uso de venóclise, oxigenoterapia, etc.; não existia área coberta em condições de possibilitar a realização de atividades de lazer orientado, ao abrigo de chuvas ou sol intenso; As instalações elétricas, hidráulicas e sanitárias em precárias condições de uso; alagamentos em ocasiões de chuvas intensas, impossibilitando que se transitasse pelas áreas externas; o pátio da Ala feminina há meses estava interditado, impedindo o banho de sol das Internas; veículos em condições precárias, motoristas em número insuficiente para atendimento da demanda; falta de equipamentos de proteção individual de uso obrigatório para os servidores; serviço de lavanderia incipiente, que não atendia às necessidades e cumprimento das normas de higiene, como a troca de roupas; falta de treinamento para os Agentes Penitenciários desempenharem adequadamente a sua função; falta de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais indispensáveis ao funcionamento daquela Unidade.

Após constatar os primeiros indícios de graves irregularidades e o risco que estas acarretavam às pessoas internadas, o Ministério Público requisitou à DJDH providências imediatas para higienização dos ambientes internos e externos do HCT e suprimento de medicamentos, insumos e materiais de consumo. No dia 29 de maio de 2003, a Secretaria de Justiça do Estado, informou ao Ministério Público a compra de materiais de consumo e medicamentos, suprindo a unidade com 394 colchões, medicação psiquiátrica, sandálias, material de consumo de lavanderia, etc. E em junho formalizou dispensa de licitação para aquisição de quantidade maior de medicamentos, que foram entregues ao HCT complementando todos os itens de medicação suficiente para, aproximadamente, 05 meses.

Como providências imediatas, Ministério Público mobilizou a agilização de processos dos internos o que resultou na desinternação de mais de 400 internos ao longo do período de um ano. Todavia, o fluxo intermitente de novas internações fez com que se contabilizasse em agosto de 2004 um total que oscilava em torno de 240 internos.

O Juízo de Execuções Penais e Medidas Alternativas da Comarca de Salvador baixou a Portaria nº. 01/03, determinando a imediata desinternação e retorno à Comarca de origem de todos os pacientes encaminhados para Exames de Sanidade Mental que estivessem com os respectivos laudos concluídos (até então, Portaria muito antiga proibia a iniciativa da Direção do HCT de retornar os internos às Comarcas de origem após a emissão do Laudo de Exame de Sanidade Mental, sem ordens expressas do Poder Judiciário).

O exame das fichas funcionais dos internos revelou muitas irregularidades: internos recolhidos há mais de ano, aguardando realização de exame de sanidade mental (o prazo legal é de até 45 dias); internos com medida de segurança cumprida, esperando a realização de exame de cessação de periculosidade; internos já submetidos a Exame de Sanidade Mental, recolhidos há mais de dois anos aguardando decisões judiciais nos respectivos processos; internos que há muito cumpriram a Medida de Segurança aplicada, cujos Exames de Cessação de Periculosidade indicaram a desinternação, continuavam no hospital-prisão (uns porque aguardam regularização processual-judicial, outros porque perderam o contato com os seus familiares ou foram por estes abandonados); pacientes internados para cumprimento de Medida de Segurança, sem serem submetidos às revisões periódicas legalmente previstas.

No processo de realização de um censo da situação jurídica constatou-se um número significativo de internos acusados de praticar delitos considerados de menor potencial ofensivo¹⁷ tais como ameaça, danos, violação de domicílio, etc., o que denuncia a desproporcionalidade da sanção aplicada à periculosidade do agente ou à consequência do delito (FIGURA 1 : levantamento em junho de 2003, quando a população estava então constituída de 373 internos, retrata a situação destes em relação aos tipos penais em que foram enquadrados).

¹⁷ Crimes de menor potencial ofensivo - "Consideram-se infrações penais de menor potencial ofensivo, para os efeitos desta Lei, as contravenções penais e os crimes a que a lei comine pena máxima não superior a 2 (dois) anos, cumulada ou não com multa." (art. 61 da Lei nº 9.099/95)

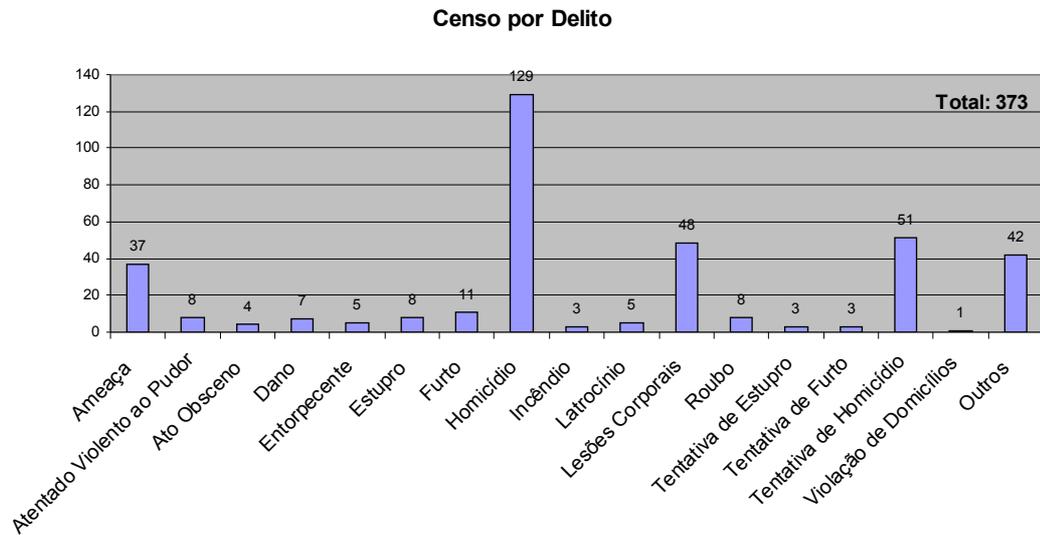
Gráfico 1: Censo por Delito

Gráfico 1: Censo por Delito. Glossário dos crimes que figuram no Gráfico 1: Ameaça - Ameaçar alguém, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave (art. 147 CP); Atentado violento ao pudor - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal (art. 214, CP); Ato obsceno - Praticar ato obsceno em lugar público, ou aberto ou exposto ao público (art.233, CP); Dano - Destruir, inutilizar ou deteriorar coisa alheia (art. 163, CP); Entorpecentes - (LEI N 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006) Adquirir, guardar, ter em depósito, portar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar (art 28); para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica (art. 28, § 1º); produzir, extrair, fabricar, transformar, preparar, possuir, manter em depósito, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir, para qualquer fim, drogas ou matéria-prima destinada à sua preparação, observadas as demais exigências legais sem a licença prévia da autoridade competente para tanto(art. 31); Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar (art. 33); Fabricar, adquirir, utilizar, transportar, oferecer, vender, distribuir, entregar a qualquer título, possuir, guardar ou fornecer, ainda que gratuitamente, maquinário, aparelho, instrumento ou qualquer objeto destinado à fabricação, preparação, produção ou transformação de drogas, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar (art. 34). A Lei 11.343/2006 trouxe

um tratamento diferenciado no que tange ao usuário e ao chamado “traficante”; Estupro - Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça (art. 213, CP); Furto - Subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel (art. 155, CP); Homicídio – Matar alguém (art. 121, CP); Incêndio - - Causar incêndio, expondo a perigo a vida, a integridade física ou o patrimônio de outrem (Art. 250, CP); Latrocínio - Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência e se da violência resulta morte (art. 157 § 3º, CP); Lesão corporal - Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem (art. 120, CP); Roubo - Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência (art. 157 CP); Violação de domicílio - Entrar ou permanecer, clandestina ou astuciosamente, ou contra a vontade expressa ou tácita de quem de direito, em casa alheia ou em suas dependências (art. 150, CP).

Constatada a gravidade da situação impôs a necessidade de criação de um Grupo de Trabalho Intersectorial, com o objetivo desenvolver propostas para efetuar mudanças na situação do HCTP e outras providências, o qual foi formalizado em 30 de abril de 2003, mediante a Portaria nº 897, de 28.05.03, publicada no Diário Oficial do Estado de 29.05.03.

Este Grupo, que foi composto por representantes do Ministério Público, da Coordenação da Saúde Mental da SESAB, da Associação de Psiquiatria da Bahia, do Movimento de Luta Antimanicomial, da Central Médica Penitenciária, da Diretoria do HCT, e da Consultoria do Ministério da Saúde, priorizou a imediata regularização da aquisição dos medicamentos necessários para os tratamentos dos internos; a constituição de grupos de peritos para a realização de todos os exames periciais pendentes; a viabilização das obras estruturais do prédio necessárias e urgentes; a realização de um censo clínico, social e jurídico dos internos com objetivos de levantamentos diagnósticos que permitissem nortear decisões a serem tomadas; e envolvimento do poder Judiciário na otimização do processo de insanidade mental de forma especial nos casos que se encontram sob internação no HCT.

5. 3 Situação Jurídica e Social dos Internos

Antes de examinarmos a realidade revelada pelos dados coletados durante o Censo Jurídico-social realizado pelo Ministério Público do Estado da Bahia que

demonstrou a situação dos internos no HCTP, no curso do ano de 2003, após vir a público a crise que os atingiu; e depois da abordagem feita anteriormente aos princípios constitucionais e outras normas que tratam de maneira geral dos direitos humanos e, especificamente, do direito à saúde, vejamos o “dever ser” estabelecido pela Legislação Penal, em especial a Lei de Execução Penal – LEP (Lei nº 7.210/1984), no que tange ao dever de proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado, sem qualquer distinção de natureza racial, social, religiosa ou política. Em contra-ponto, comentários sobre a situação revelada nas inspeções, no Relatório do Grupo de Trabalho Interinstitucional, nos dados coletados pelo MP, e observação participante da Autora.

A LEP preceitua que assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa ao preso e ao internado é dever do Estado e objetiva prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade (Arts. 10 e 11).

Observe-se a comparação entre os ditames da lei e a realidade, na figura abaixo. (Figura 3)

Figura 3 - Comparativo entre a recomendação legal e a realidade constatada no HCTP, no que se refere aos direitos dos internos.

RECOMENDAÇÃO LEGAL	REALIDADE CONSTATADA
A assistência material ao preso e ao internado consiste no fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas, em instalações e serviços que atendam aos presos nas suas necessidades pessoais.	Faltavam aos internos roupas de uso pessoal, de cama e banho; material de higiene pessoal; camas e colchões, calçados e instalações higiênicas decentes.
A assistência à saúde do preso e do internado, que deve ser de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico e deverá ser prestada em outro local, quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para provê-la.	Em 11 de abril de 2003 o HCT abrigava 403 pacientes sendo 39 do sexo feminino e 364 do sexo masculino, demonstrando o excesso de pacientes em suas instalações cuja capacidade é 280 leitos. Dos 28 itens de medicamentos psiquiátricos necessários ao tratamento dos pacientes, o hospital dispunha de apenas 5.
	Falta de recursos humanos que possibilitassem atendimento às necessidades de vigilância, promoção e assistência à saúde. Ausência de práticas terapêuticas indispensáveis na atenção à saúde mental.
	Falta de recursos humanos que possibilitassem atendimento às necessidades de vigilância, promoção e assistência à saúde. Ausência de práticas terapêuticas indispensáveis na atenção à saúde mental.

Cont. Figura 3 - Comparativo entre a recomendação legal e a realidade constatada no HCTP, no que se refere aos direitos dos internos.

<p>A assistência jurídica aos presos e aos internados sem recursos financeiros para constituir advogado deverá ser prestada pelas unidades da Federação, as quais deverão ter serviços de assistência jurídica nos estabelecimentos penais (arts. 12 a 16).</p>	<p>Atraso nas perícias médicas judiciárias com 85 pacientes aguardando a sua realização por mais de um ano.</p> <p>Do total de 416 internos:</p> <p>6 portavam Carta de Desinternação e Alvará de Soltura;</p> <p>3 tinham ofícios expedidos determinando transferência para as comarcas de origem;</p> <p>158 (dos quais 152 eram oriundos do interior do Estado) estavam com situação processual irregular;</p> <p>06, oriundos do interior com laudos favoráveis à desinternação, aguardavam decisão da Vara de Execuções Penais e Medidas Alternativas sobre possíveis liberações;</p> <p>29 (20 oriundos do interior) com Medida de Segurança já cumprida, em condição de abandono sócio-familiar;</p> <p>14 (12 do interior) com alta, porém sem respaldo sócio-familiar para serem desinternados;</p> <p>2 (16 do interior) sem definição de situação processual, recambiados de diversos presídios em diversas datas a partir de abril de 1987;</p>
---	---

O aparato estatal da Política Criminal contempla como órgãos da execução penal o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária; o Juízo da Execução; o Ministério Público; o Conselho Penitenciário; os Departamentos Penitenciários; o Patronato; e o Conselho da Comunidade (Art. 61), todos com atribuições que incluem a adoção de medidas que visam o funcionamento do sistema prisional, conforme as previsões legais.

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP tem sede na Capital da República é órgão subordinado ao Ministério da Justiça e integrado por 13 (treze) membros designados através de ato daquele Ministério, com mandatos de dois anos, escolhidos dentre professores e profissionais da área do Direito Penal, Processual Penal, Penitenciário e ciências correlatas, bem como por representantes da comunidade e dos Ministérios da área social.

Figura 4 - Atribuições do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (LEP, art. 64).

Propor diretrizes da política criminal quanto a prevenção do delito, administração da justiça criminal e execução das penas e das medidas de segurança;
Contribuir na elaboração de planos nacionais de desenvolvimento, sugerindo as metas e prioridades da política criminal e penitenciária;
Promover a avaliação periódica do sistema criminal para a sua adequação às necessidades do País;
Estimular e promover a pesquisa criminológica; elaborar programa nacional penitenciário de formação e aperfeiçoamento do servidor;
Estabelecer regras sobre a arquitetura e construção de estabelecimentos penais e casas de albergados;
Estabelecer os critérios para a elaboração da estatística criminal; inspecionar e fiscalizar os estabelecimentos penais, bem assim informar-se, mediante relatórios do Conselho Penitenciário, requisições, visitas ou outros meios, acerca do desenvolvimento da execução penal nos Estados, Territórios e Distrito Federal, propondo às autoridades dela incumbidas as medidas necessárias ao seu aprimoramento;
Representar ao juiz da execução ou à autoridade administrativa para instauração de sindicância ou procedimento administrativo, em caso de violação das normas referentes à execução penal;
Representar à autoridade competente para a interdição, no todo ou em parte, de estabelecimento penal.

Figura 5 - Atribuições do Juízo da Execução Penal¹⁸ no que tange à Medida de Segurança

Aplicar aos casos julgados, lei posterior que de qualquer modo favorecer o condenado;
Declarar extinta a punibilidade; decidir sobre o livramento condicional; sobre incidentes da execução; autorizar saídas temporárias;
Determinar: a aplicação da medida de segurança, bem como a substituição da pena por medida de segurança; a revogação da medida de segurança;
Desinternação e o restabelecimento da situação anterior; o cumprimento de pena ou medida de segurança em outra comarca;
Zelar pelo correto cumprimento da pena e da medida de segurança; inspecionar, mensalmente, os estabelecimentos penais, tomando providências para o adequado funcionamento e promovendo, quando for o caso, a apuração de responsabilidade; interditar, no todo ou em parte, estabelecimento penal que estiver funcionando em condições inadequadas ou com infringência aos dispositivos desta Lei;
Compor e instalar o Conselho da Comunidade (art. 66).

Figura 6 - Atribuições do Ministério Público – Promotoria de Execução Penal em relação à Medida de Segurança

Fiscalizar a regularidade formal das guias de recolhimento e de internamento e requerer: a) todas as providências necessárias ao desenvolvimento do processo executivo; b) a instauração dos incidentes de excesso ou desvio de execução; c) a aplicação de medida de segurança, bem como a substituição da pena por medida de segurança; d) a revogação da medida de segurança; a conversão de penas, e) a revogação do livramento condicional; f) a internação, a desinternação e o restabelecimento da situação anterior; g) interpor recursos de decisões proferidas pela autoridade judiciária, durante execução; h) o dever de visitar mensalmente os estabelecimentos penais, registrando a sua presença em livro próprio.

¹⁸ Juízo de Execução Penal – tem a função de zelar pelo cumprimento da lei de execução penal. De atuar decisivamente no controle e fiscalização de todo o processo ressocializante a que é submetido o condenado, analisando seu comportamento e, a partir dessa análise, estabelecer o momento certo para devolvê-lo ao convívio da comunidade.

A LEP preceitua (art. 83 a 85) que o estabelecimento penal deverá ter lotação compatível com a sua estrutura e finalidade, limite máximo de capacidade do estabelecimento que atenda à sua natureza e peculiaridades e deverá contar em suas dependências com áreas e serviços destinados a dar assistência, educação, trabalho, recreação e prática esportiva.

São obrigatórios para todos os internados no HCTP exame psiquiátrico e os demais exames necessários ao tratamento e o tratamento ambulatorial, previstos no art. 97, do Código Penal, que serão realizados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada (arts. 100 a 101, LEP).

O tratamento dispensado pelo Estado aos doentes mentais autores de delitos aponta para a necessidade da revisão da política criminal que lhes é aplicada no que tange ao tratamento de sua saúde, à restrição da sua liberdade por tempo indeterminado, e outros direitos de cidadania que lhes são negados enquanto permanecem nos depósitos de pessoas a que se dá o nome de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. O mais simples exame dos dados e dos documentos que subsidiam o presente trabalho, permite ver que os órgãos públicos a quem a lei confia as obrigações administrativas e financeiras do HCTP não cumpriram o dever legal de propiciar o tratamento e a manutenção da integridade física e moral das pessoas internadas naquela Instituição pública. Igualmente não cumpriram os seus deveres legais os órgãos encarregados de fiscalizar e preservar os direitos desses internos.

5.3.1 Aspectos Sociais

Durante a análise dos dados coletados pelas equipes de estagiários de Direito, Serviço Social e Psicologia do Ministério Público, sob a supervisão da 6ª Promotoria da Cidadania da Comarca de Salvador, extraídos das Fichas de Internação dos pacientes do HCTP, foi possível visualizar a dimensão da exclusão das pessoas com transtorno mental autores de delitos e a omissão dos órgãos

dirigentes e daqueles legalmente responsáveis pela fiscalização do estabelecimento penal, dos direitos fundamentais dos internos e dos prazos processuais.

A população interna no HCTP é composta de indivíduos oriundos de vários municípios do Estado da Bahia, a grande maioria do interior. Poucos concluíram o primeiro grau do ensino fundamental e raros ingressaram no segundo grau. De curso superior, apenas um que posteriormente foi isentado de ser portador de doença mental. Alguns ficam ali internados durante décadas, mercê de reinternações ou abandono familiar. Nesta última situação haviam 6 internos que portavam Carta de Desinternação e Alvará de Soltura, mas permaneciam à espera de serem entregues aos seus familiares, cujos contatos a Assistente Social buscava resgatar.

Outros 29 internos (20 oriundos do interior), embora já houvessem cumprido as Medidas de Segurança que lhes foram impostas, ali permaneciam em condição de abandono sócio-familiar, uma vez que os seus familiares não os visitavam há muito tempo e já não eram localizados. Mais 14 Internos (12 do interior) encontravam-se com alta, porém sem respaldo sócio-familiar para serem desinternados, uma vez que seus familiares resistiam ao seu retorno.

Apesar dos inúmeros dispositivos legais de proteção aos direitos humanos, os doentes mentais autores de delitos permanecem privados dos seus direitos fundamentais, ficando continuada e incessantemente submetidos a situações de constrangimento ilegal. Essas irregularidades repercutem na situação social dos internos, procrastinando indefinidamente a sua permanência sob internação. Dentre as irregularidades encontradas, destacam-se:

A falta de cumprimento do prazo legal de 45 dias para a realização de exames de sanidade mental (art. 150 Código de Processo Penal), tendo sido identificados casos de internos que esperavam a realização desse exame há mais de dois anos. A demora e a indefinição de uma data para a realização desses exames aumentavam o estado de ansiedade dos pacientes que recorriam a todos que adentravam o HCTP, querendo contar a sua história e externar o sentimento de estar sendo enganado, pois as respostas evasivas sobre o seu retorno já não transmitiam esperanças. A pergunta mais freqüente era: quando eu vou sair daqui?

Já os exames de cessação de periculosidade (art. 775 Código de Processo Penal), que também não eram realizados nos prazos nem com a freqüência estabelecidos na lei não mobilizavam tanto os pacientes, que estavam internados já

algum tempo (ou há muito tempo) e apresentavam uma letárgica passividade. Para alguns que a falta de esperança e de confiança já havia consolidado a idéia de que ali era o seu lugar, a sua casa. Quando se referiam à sua vida anterior ou à sua família davam uma conotação de lembrança remota, de algo fora de perspectiva, que não voltaria nunca mais. Havia até quem rejeitasse qualquer passeio, qualquer saída, revelando o medo de ser deixado na rua e perder o “seu lugar”,

As medidas de segurança venciam sem que fossem agilizadas as avaliações dos internos e adotadas as providências legais cabíveis, procrastinando o seu tempo de permanência na internação. As violações dos direitos humanos, inclusive a falta de tratamento de saúde de forma a atender às necessidades dos internos, resultavam na precarização do seu estado de saúde levando alguns à debilitação física. Tratamentos clínicos negligenciados agravavam os riscos para a saúde dos pacientes, podendo levá-los a óbito.

Além de inúmeras violações de dispositivos da Lei de Execução Penal também foram identificadas, durante a atuação do Ministério Público no HCTP, violações de dispositivos de outras leis específicas de proteção aos direitos das pessoas (a exemplo do Estatuto do Idoso e das leis que asseguram a proteção dos direitos de pessoas com deficiências físicas).

Na tabela abaixo (Tabela 1) se demonstra a exclusão de direitos de cidadania. 196 internos não tinham qualquer referência a documentos pessoais; poucos tinham algum documento no original ou em cópia. Essa situação, além de retratar a exclusão de direitos fundamentais de cidadania, obstrui o acesso a programas governamentais de um modo geral, a exemplo do Benefício da Prestação Continuada, instituído através da Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS e, de modo específico o acesso ao programa “De Volta Pra Casa”, criado para propiciar à pessoa com transtorno mental submetida a longos períodos de internação, o retorno ao meio familiar ou a inserção em um programa de residência terapêutica, consoante a Política de Saúde Mental em implantação no Brasil.

Tabela 1 - Situação documental dos pacientes internos do Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico

PACIENTES COM DOCUMENTAÇÃO IRREGULAR	QUANTIDADE
Original da Certidão de Nascimento	5
Original da Carteira de Trabalho	1
Original do Título Eleitor	1
Original da Certidão de Casamento	1
Xerox da Certidão de Nascimento	26
Xerox do Título Eleitor	1
Xerox da Carteira de Trabalho e Certidão de Nascimento	1
Xerox da Carteira de Trabalho	1
Sem referência de documentos	196

Fonte: HCTP

A assistência familiar é muito difícil de ser mantida em razão das práticas processuais-penais no trato com esses pacientes distanciá-los dos familiares. O Brasil, apesar de ter sido local de cumprimento da pena de degredo prevista nas Ordenações do Reino de Portugal, jamais contemplou esse tipo de pena na legislação pátria. Todavia, as práticas que se realizam com a pessoa com transtorno mental que comete um delito, resultam de fato em algo semelhante.

Quando o juiz determina que uma pessoa com transtorno mental seja submetida a exame pericial de sanidade mental (art. 149, CPP), este exame é realizado no HCTP, onde essa pessoa será internada. Não se pode olvidar as distâncias que existem entre os municípios do interior e a Capital do Estado da Bahia, onde está situado o HCTP. Além da distancia, também existe um choque cultural: o indivíduo é retirado do seu meio familiar e social e confinado em um estabelecimento prisional, cujas características e mazelas são retratadas por Erving Goffman (1961) em sua obra “Manicômios, Prisões e Conventos”, quando trata dos processos de modificação que sofre o indivíduo quando passa do exterior para uma vida de confinamento espacial e social.

Ademais, como exame o pericial sempre extrapola os 45 dias de prazo legal e a maioria dos internos são originários do interior do Estado, a falta de recursos financeiros das suas famílias, geralmente pobres, para visitá-los na Capital, contribui para fragilizar os vínculos familiares. Essa situação se agrava quando da aplicação da medida de segurança, pois com os longos períodos de internação sem contato, esses vínculos podem se perder para sempre, como aconteceu com os internos que foram encontrados com alta, sem ter para onde ir.

Também existem vários casos em que os familiares se recusam a receber o interno de volta ao convívio familiar. As justificativas mais constantes são a falta de recursos de assistência psiquiátrica e as dificuldades de acesso aos serviços, nos municípios em que estes existem; quando a pessoa vitimada pelo ato delituoso praticado pelo interno é um dos familiares, os demais resistem ao seu retorno. Somam-se a estas, as reações da comunidade que, mercê de preconceitos cultivados durante séculos, fazem até manifestações públicas para impedir o retorno do interno à sua comunidade de origem.

5.4. Observação participante

No ano de 2003, 10% da população interna no HCTP era composta de mulheres e a Ala que ocupavam tinha uma diferença marcante. Embora ali faltasse quase tudo, com o mínimo que conseguiam, o espaço era mais organizado; as camas eram razoavelmente arrumadas, os poucos objetos pessoais, como enfeites e bijuterias colocadas em um cantinho. Outras tinham velhas bonecas envolvidas em trapos, que diziam serem as suas filhas. Algumas, dentre as mais jovens, namoravam os internos que estavam no banho de sol, através dos vidros quebrados das janelas gradeadas, piscando os olhos e jogando beijos. Quando se realizou a festa de São João, em junho, todos participaram; passeavam de mãos dadas e os beijos eram de verdade, rápidos e estalados.

Em uma oportunidade em que alguns foram levados para um passeio pela cidade, em um veículo tipo Van, em companhia de alguns técnicos e agentes de segurança, ao ver o mar, um dos internos ficou extasiado. Não sabia o que era aquilo. Era do sertão e viera para o HCTP havia mais de 20 anos e nunca tinha visto o mar.

Em outra dessas oportunidades, quando alguns já começavam a esboçar alguma autonomia, deu-se a um deles o dinheiro que pedira para comprar e beber água de coco. Ele comprou e pagou o coco e, depois de beber a água, pediu ao vendedor que o partisse e, usando uma “colher” improvisada com a casca, comeu a massa cremosa do coco verde. Com os olhos marejados, os técnicos comemoravam

o resgate de um antigo costume por um interno afastado do convívio social já por uma dúzia de anos.

Essas pequenas conquistas, insignificantes para a maioria das pessoas, representavam grandes vitórias para aqueles que lutam pela consolidação dos ideais da Reforma Psiquiátrica.

Dramas vivenciados pelos internos, por vezes se deixaram perceber durante a coleta de dados e alguns merecem referência nesse trabalho:

I - O interno a quem se emprestará o nome de Amâncio, entrou no HCTP em 19.06 de 1965 e dali nunca saiu. A sua Ficha Institucional registra que cometeu homicídio mas não existe registro da tipificação do delito que cometera nem descrição das suas circunstâncias. Não se localizou a guia que encaminhara a sua internação, não consta qualquer referência à sua idade. Consta que o seu Exame de Sanidade Mental teve Laudo proferido em 20.11.1968 o diagnóstico de esquizofrenia, CID F20.0. Nunca teve Medida de Segurança decretada e decorridas quase três décadas, a sua internação era irregular. Originário de uma Comarca do sul do estado, através de buscas processuais realizadas em 1992 (27 anos depois), verificou-se que não existia qualquer processo formalizado na Comarca de origem em que Amâncio figurasse como acusado, o que resultou na expedição de seu Alvará de Soltura em 16.10.1992. Todavia, com a cronificação da doença e o envelhecimento, a falta de condições de auto-sustento e o insucesso na localização de familiares para recebê-lo de volta, Amâncio permanecia no HCT. Dizia ser natural de um município do sudoeste da Bahia, onde havia residido com a mãe desde o falecimento do seu pai. Era analfabeto e trabalhador braçal, nascido e criado na zona rural, filho de família de baixa condição econômica.

Diagnosticada a sua enfermidade e não havendo comprovação de qualquer fato que justifique a intervenção da Justiça Criminal, foi solicitada pela Direção do HCT, mediante Ofício, a sua transferência para uma um hospital público psiquiátrico, a Colônia Lopes Rodrigues, cuja Diretoria alegou não poder recebê-lo, uma vez que idosos não se enquadram no perfil dos pacientes daquela casa.

Já idoso, Amâncio certamente permanecerá nas dependências do HCT até a morte, sem qualquer expectativa de desinternação. De fato, está “condenado a prisão perpétua”, como agente de suposto crime que nem se sabe se existiu. É um

caso de radical amputação da cidadania, de abuso de autoridade e absoluto desrespeito aos direitos humanos, praticados por agentes do Estado.

II - O interno que passa a ser chamado de Carlos, em 2004 tinha 50 anos de idade e antes da internação residia em Salvador. Solteiro, pintor de profissão, com escolaridade primária incompleta. Consta de sua Ficha Institucional que cometeu homicídio contra um tio, a golpes de pauladas. Na época, antes da reforma do Código Penal em 1984, fora-lhe aplicada a pena de 8 anos de reclusão a ser cumprido na Penitenciária Lemos de Brito, cumulada com 2 anos de medida de segurança. Durante o período de reclusão foi encaminhado várias vezes ao HCTP para ser submetido a exames e tratamento psiquiátrico, seu diagnóstico era "Distúrbio de Conduta". Na sua ficha cadastral consta não ter antecedentes psiquiátricos, antecedentes criminais, uso de bebida alcoólica ou droga ilícita. Tem três irmãos, estudou até o 2º ano primário, começou a trabalhar como doméstico e depois como servente.

Depois de sucessivas idas e vindas entre o HCTP, a Penitenciária Lemos de Brito e a Casa de Detenção no período compreendido entre 01/08/74 e 19/11/1986, obteve nesta última data, o Laudo de Cessaçãõ de Periculosidade e em 25/02/1987 a Carta de Desinternaçãõ.

No seu primeiro Laudo de Sanidade Mental, o Interno foi considerado não portador de distúrbio mental; sob suspeita de simular quadro psicótico para confundir os peritos, concluiu-se que na época do crime o Interno tinha capacidade de entendimento e determinação. Por conta disso, passou cinco anos entre a Casa de Detençãõ/Penitenciária Lemos de Brito e a internações no Hospital de Custódia para tratamento especializado.

Em 1979 a reclusão que havia sido aplicada ao interno foi extinta e foi-lhe aplicada Medida de Segurança. Em Laudo de Cessaçãõ datado de 19/11/1986 houve parecer favorável à liberaçãõ para retorno ao convívio sócio-familiar.

Com Carta de Desinternaçãõ desde 1987, a rejeiçãõ familiar e a falta de suporte financeiro capaz de propiciar sua sobrevivência fora da Instituiçãõ o levaram a permanecer recluso.

III - A interna que se chamará de Josefa conta nasceu no interior de São Paulo, numa fazenda onde passou a infância e a adolescência. Pai lavrador e mãe doméstica possuíam situação sócio-econômica precária.

Aos cinco (05) anos ficou órfã de mãe e aos sete (07) anos foi trabalhar tomando conta de crianças. Conta que era uma menina quieta, que preferia brincar sozinha. Nunca freqüentou escola, e trabalhou como empregada doméstica em várias casas até completar dezenove (19) anos quando foi para Capital a convite da irmã. Em São Paulo, morava com a irmã e teve diversos empregos de curta duração. Por implicância da irmã foi morar sozinha.

Ficou grávida do primeiro namorado aos vinte e quatro (24) anos, levou a criança no juizado por que a criança era branca e como ela era preta, tinha vergonha disto. Algum tempo depois teve outro filho, abandonou o companheiro quando a criança nasceu. Diz ter dado os dois filhos para outras pessoas criarem por aviso de seus guias espirituais.

Saiu de São Paulo porque se sentia perseguida por um vizinho. Veio para Salvador onde residiu primeiramente no albergue da Calçada, depois foi para uma Maloca na Avenida Contorno, onde ocorreu o delito que motivou a sua internação. Sentindo-se perseguida pelos vizinhos, penetrou no seu barraco e lhes desferiu golpes com um pedaço de caibro, causando-lhes a morte e jogou a criança, filha do casal, no mar.

Josefa é uma paciente idosa em condição de abandono, sem nenhum contato com a família. Internada desde 1971, desenvolveu diabetes e hipertensão e não apresenta comportamento agressivo. Faz parte de um grupo de idosos que se encontram em situação de abandono no Manicômio Judiciário sem possibilidades desinternação.

5. 5. O TAC – Termo de Ajustamento de Conduta¹⁹ e os impasses para o cumprimento da lei no HCT.

Após intensa atividade do GTI²⁰ com a realização dos já referidos censos, seminários, relatórios e outras atividades, para concluir o Inquérito Civil, em 13 de dezembro de 2004 foi proposto, aceito e, finalmente, firmado o Termo de

¹⁹ Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta, tal como dispõe o art. 5º, § 6º da Lei 7.347/1985 um acordo firmado entre o Ministério Público ou outra Instituição legitimada e a parte interessada, de modo que esta se comprometa a agir de acordo com as leis que regulam direitos transindividuais. Tem força de um título executivo extrajudicial, o que significa dizer que seu descumprimento enseja uma ação de execução, junto ao Poder Judiciário.

²⁰ Grupo de Trabalho Interinstitucional

Ajustamento de Conduta para adequação do Hospital de Custódia e Tratamento do Estado da Bahia às diretrizes traçadas pela reforma psiquiátrica. Este documento teve como signatários o Ministério Público do Estado da Bahia e as Secretarias de Justiça e Direitos Humanos e da Saúde do Estado da Bahia, através dos seus mais altos representantes.

Sob o respaldo da legislação nacional - Constituição da República Federativa do Brasil, Constituição do Estado da Bahia, Lei Federal nº 8.080 de 1990, Lei Federal nº 10.216 de 2001, Código Penal Brasileiro, Lei Federal nº 7.210 de 1984, Portaria MS/SAS nº 224 de 1992, Portaria Interministerial nº 1.777 de 2003, dos Ministérios da Justiça e Saúde, Lei Federal nº 8.625, de 1993, Resoluções CNPCP nºs 04 e 05 de 2004, Portaria/GM nº 2077, de 2003 e Portaria SESAB/SJDH nº 879 de 2003 – e da legislação internacional - Pacto de São José da Costa Rica e Declaração de Caracas, adotada pela Organização Mundial de Saúde, em 14 de novembro de 1990 – firmou-se o Termo de Compromisso e Ajustamento de Conduta, visando a adoção de medidas que corrigiriam as irregularidades e proporcionariam a melhoria da qualidade de vida das pessoas internadas no HCTP e dos servidores públicos que ali trabalham, estabelecendo cláusulas e condições definindo as obrigações e a responsabilidade das Secretarias de Estado, em conjunto ou separadamente:

Figura 7 - Responsabilidade da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos:

Manutenção de serviço de limpeza e higienização das alas de internamento e de toda a área interna e externa do hospital;
Providências junto aos órgãos públicos responsáveis pela saúde pública e segurança das edificações para avaliação técnica das condições de salubridade do prédio e de suas instalações, anualmente;
Manutenção do mobiliário das alas e enfermarias dos internos em boas condições de uso, elaborando um programa de aquisição, armazenamento e distribuição de colchões, roupa de cama, fardamento e todo material de higiene pessoal dos internos em número suficiente para atender à demanda individual de cada interno no hospital;
Alteração, com base em relatório técnico, da localização dos Postos de Enfermagem, de acordo com os critérios médicos e estruturais da Unidade, providenciando a relocação, se possível, destes Postos dos centros das alas de internamento para o início destas, promovendo, nessa fase de transição para um novo modelo assistencial a ser adotado para os portadores de transtorno mental em conflito com a lei, melhor condição de trabalho para as auxiliares de enfermagem e outros servidores que trabalham naquele setor;
Instalação de equipamento de comunicação, como rádios transmissores ou interfones, no interior das alas de internamento, visando assegurar o pronto acionamento do suporte emergencial necessário, em casos de urgência;
Instalação de uma enfermaria clínica, com a finalidade de atendimento de intercorrências médicas;

Cont. Figura 7 - Responsabilidade da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos:

<p>Elaborar em articulação com a SESAB, um plano de aquisição dos medicamentos necessários ao tratamento dos seus pacientes, de acordo com as diversas enfermidades ali atendidas, de forma que os referidos medicamentos estejam continuamente disponíveis, com estoque compatível com o sistema hospitalar, de todas as medicações usadas pelos internos;</p>
<p>Conjuntamente a SJDH e a SESAB, comprometeram-se, no âmbito de suas atribuições e competências, a garantir desde o momento da internação e durante o período de permanência dos pacientes na Unidade, submetê-los, em casos suspeitos, a programas de busca ativa e Pesquisa de Tuberculose, de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, DST, Aids, vacinação e outros programas de saúde pública existentes;</p>
<p>Criar programa individual terapêutico, conforme os critérios fixados pelo Ministério da Saúde, que devem ser apresentados ao Ministério Público do Estado da Bahia, no prazo de 180 dias, assim como protocolos de rotinas que uniformizem os procedimentos realizados desde o ingresso do paciente até a sua alta, constando tais anotações em ficha individual anexadas aos prontuários;</p>
<p>Promover diálogo com o Tribunal de Justiça, com o objetivo de adequar a internação e desinternação das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei aos comandos da Lei nº 10.216/01, especialmente no que tange ao seu art. 2º, parágrafo único, inciso V, que determina ser direito da pessoa portadora de transtorno mental ter a presença médica em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; e a observar os dispositivos da Constituição Federal, a legislação infraconstitucional e os Tratados Internacionais subscritos pelo Estado Brasileiro, que asseguram o respeito aos direitos humanos;</p>
<p>Articular-se com as Secretarias do Trabalho e Ação Social e de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais, bem assim com as Secretarias correlatas de cada Município de onde o paciente seja oriundo, a encontrar uma solução de acolhimento e assegurar-lhes o tratamento necessário para aqueles que se encontrem em abandono familiar e com possibilidade de tratamento ambulatorial ou em alta;</p>
<p>Em conjunto com a SESAB, no âmbito de suas respectivas competências, a cumprir a Resolução nº 5/2004 do CNPC, incluindo suas exigências nos protocolos médicos de atendimento e promover, em pareceria com os órgãos públicos competentes, o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) o tratamento das pessoas com tra) anstornos mentais considerados inimputáveis “como finalidade permanente, a reinserção social do paciente ao seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar; b) a atenção aos pacientes inimputáveis, dentro de um programa de tratamento, concebido por equipe multidisciplinar que contemple ações referentes às áreas voltadas para a reintegração sócio-familiar; c) o acesso do paciente “ao melhor tratamento consentâneo às suas necessidades” (art. 2º, § 1º, inciso I da Lei 10.216/01), de mesma qualidade e padrão dos oferecidos ao restante da população; d) política intersetorial específica para os pacientes inimputáveis, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de Justiça e Saúde e congregando os diferentes atores e serviços que compõem a rede) o cumprimento da medida de segurança em um estabelecimento estruturado de modo a oferecer assistência integral à pessoa com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, etc. (art. 4º, § 2º da Lei 10.216/01); f) a atenção aos pacientes com ações dirigidas aos familiares, voltadas à construção de projetos que visem o desenvolvimento da cidadania e à geração de renda, respeitando as possibilidades individuais;e;

Cont. Figura 7 - Responsabilidade da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos:

<p>g.1) Nos municípios baianos onde houver serviços de atenção básica de saúde mental, os pacientes deverão ser tratados na rede SUS, de acordo com a terapêutica prescrita pelo médico, em CAPS, NAPS ou outras unidades básicas, ambulatoriais especializadas do Estado, devendo sempre a Direção do HCT encaminhar Ofício ao Juiz da Comarca e ao Promotor de Justiça, demonstrando a viabilidade deste tratamento e o benefício para a saúde mental do paciente com o objetivo de orientar o profissional do Direito a adequar a Medida de Segurança à terapia indicada pelos peritos.</p> <p>g.2) No sentido de assegurar ao paciente os direitos garantidos pela Constituição Federal e legislação já mencionada, a alta dos pacientes deverá ser devidamente orientada em relatório que registre o diagnóstico, a terapêutica indicada e o Serviço de Saúde onde deverá ser realizada, através dos serviços de referência e contra-referência do SUS, pactuada no Programa de Pactuação Integrada - PPI, utilizando, quando necessário, o Programa de Tratamento Fora do Domicílio. Este relatório deverá ser encaminhado para conhecimento e fiscalização ao Promotor de Justiça da Comarca.</p>
<p>Realizar um mutirão de peritos médicos para, num tempo mínimo de 180 dias, realizar todas as perícias pendentes dos pacientes atualmente internados, possibilitando o curso normal dos processos, encaminhando relatório quantitativo ao Ministério Público do Estado da Bahia;</p>
<p>Manter um quadro de médicos peritos para realização de perícias psiquiátrico-forenses nos pacientes do HCT, bem como naqueles oriundos do Sistema Penitenciário do Estado da Bahia, com solicitação judicial neste sentido;</p>
<p>Formular política de fixação do número de vagas e leitos desta unidade hospitalar, conforme a capacidade do estabelecimento, adequando os recursos humanos disponíveis, bem assim a estabelecer normas de funcionamento, estipulando horários de atividades com as respectivas jornadas de todos os servidores, inclusive plantonistas, além de estabelecer normas e critérios para o recebimento de pacientes, para perícia ou internação, de forma a garantir a ordem necessária ao exercício da sua atividade fim;</p>
<p>Em conjunto com a SESAB e com o objetivo de mitigar os efeitos da internação psiquiátrica desnecessária, em consonância com a Política de Saúde Mental em vigor, viabilizar o cumprimento do disposto no art. 2º e seu parágrafo único da Lei nº 10.216/2001 e nos artigos 1º e 3º, parágrafo único, da Lei nº 10.708/3003;</p>
<p>Providenciar a implantação do setor administrativo diverso do setor clínico no HCT, estabelecendo, com clareza, as atribuições das suas coordenações e as responsabilidades respectivas de cada chefia, que responderá pela eficiência do serviço;</p>
<p>Fazer um dimensionamento dos recursos humanos disponíveis para a capacidade e a demanda do serviço, de forma a garantir a qualidade de atendimento necessário ao desempenho das atuais obrigações assumidas e da adequação à legislação em vigor, especialmente à Lei nº 10.216/2002 e às Resoluções nº 04 e 05, do CNPC;</p>
<p>Promover, com o apoio da SESAB, a capacitação do pessoal integrante dos quadros do HCT, através de seminários, palestras, cursos e outros tipos de abordagem referentes às atividades finalísticas da unidade, de forma a atender a política de saúde estabelecida na Lei 10.216/01;</p>

5.5.1 Responsabilidade da SESAB, no que tange à atenção à saúde

Providenciar a implantação das residências terapêuticas, necessárias para abrigar, cuidar e tratar as pessoas que estão no HCT por abandono e exclusão social, sem quadro psíquico ou jurídico que justifique sua permanência naquele hospital, vinculados a cuidados ambulatoriais em unidades básicas, policlínicas ou ambulatoriais especializados na atenção básica: 10 na grande Salvador e 10 no interior do Estado, distribuídas conforme quadro abaixo, obedecendo a critérios de procedência dos internos.

Figura 8 - Relação dos CAPS's – Centro de Atenção Psicossocial instalados na Bahia (capital e interior)

Em Salvador	No Interior
Centro Municipal Terapêutico Álvaro Rubim de Pinho – Itapagipe: 2 residências	Ambulatório da Colônia Lopes Rodrigues – Feira de Santana: 2 residências
Centro de Atenção Integrada Mário Leal – Pau Miúdo: 2 residências (adulto, adolescente)	CAPS Alagoinhas: 1 residência
Centro de Atenção Integrada Juliano Moreira – Naranjiba: 2 residências (adulto, adolescente)	CAPS Vitória da Conquista: 1 residência
CAPS Nzinga – Subúrbio Ferroviário: 1 residência	CAPS Itabuna: 1 residência
CAPS Aristides Novis – Brotas: 1 residência	CAPS Ilhéus: 1 residência
CAPS Osvaldo Camargo – Rio Vermelho: 1 residência	CAPS Itapetinga: 1 residência
CAPS Águas Claras – Cajazeiras: 1 residência	CAPS Livramento de N. Senhora: 1 residência
	CAPS Juazeiro: 1 residência
	CAPS Nazaré das Farinhas: 1 residência

Também foi estabelecido como responsabilidade da SESAB adotar uma política de implantação de CAPS e outros equipamentos de cuidados ambulatoriais no Estado da Bahia, expandindo a rede de atenção, para que recursos

descentralizados possam vir a possibilitar o cuidado clínico e jurídico através da municipalização dos cuidados.

Quanto aos impasses que se interpõem ao cumprimento da lei no HCTP, registre-se que no Brasil a Medida de Segurança surge com o Código Penal de 1940. Que fase política atravessávamos? Era tempo de liberdade ou de opressão?

Na década de 1940, quando foi decretado o Código Penal que, em parte vigora até hoje, o Brasil vivia sob a ditadura Vargas, imposta pela Constituição autoritariamente outorgada em 1937, concedendo ao Presidente da República poderes absolutos que permitia governar através de Decretos-lei e intervir nos estados federados. À mesma época, outros países também viviam o período dos governos fascistas: Hitler, na Alemanha; Mussolini, na Itália. Nessa conjuntura, em conformidade com os chamados interesses da nação, em substituição ao Código de 1890, o Código de 1940 entra para a história por trazer para o Brasil as *medidas de segurança*, expediente legal dos mais autoritários que se tem conhecimento, inspirado no código italiano daquela época.

O novo Código Penal brasileiro contemplava no artigo 77:

Quando a periculosidade não é presumida por lei, deve ser reconhecido perigoso o indivíduo, se a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir.

Em lúcida análise, Viana (2006) observa que,

para penalizar um indivíduo, consideram-se fatores meramente subjetivos - sua personalidade e antecedentes que ficam, por isso, à mercê da interpretação como bons ou maus, por parte da autoridade (o Estado) que, então, taxará a pessoa como perigoso ou não, sem deixar de considerar motivos e circunstâncias do crime. A rigor, crime aqui se apresenta como um pré-construído, não está em questionamento; a lei cria, assim, uma espécie de crime subjacente ao crime, um crime coadjuvante, que também merece ser punido, ainda que o crime, aquele que depende da existência de um fato típico, nem mesmo venha a existir. Em última análise, com a medida de segurança, o juiz poderia punir alguém antes mesmo que ele cometesse o crime. Ou .pior . sem que ele cometesse crime algum. (VIANA, 2006)

Entretanto, no discurso político-jurídico do Estado-Novo, as medidas de segurança aparecem como absolutamente normais, benéficas e protetoras da sociedade. Francisco Campos, ministro do Governo, sublinha na *Exposição de motivos do Código de 1940* que

seria ocioso qualquer arrazoado em sua defesa. Apenas cumpre insistir na afirmação de que as medidas de segurança não têm caráter repressivo, não

são pena. (...) São medidas de prevenção e assistência social relativamente ao estado perigoso, daqueles que sejam ou não penalmente responsáveis, praticam ações previstas na lei como crime. (CAMPOS, 2006)

Viana (2006) chama à atenção que,

com a institucionalização de uma forma de repressão que dependia de uma interpretação não objetiva, não vinculada a uma materialidade lingüística, como o crime normal (uma medida de segurança não está, como o crime, descrita, detalhadamente, num tipo), observa-se agindo a performatividade de um Estado que, com sua legislação e a respectiva forma de interpretá-la e aplicá-la, buscava ostensiva e arbitrariamente a proteção de si mesmo, criando para tanto mecanismos de segurança. (VIANA, 2006)

Ainda na Exposição de Motivos do Código, Campo (1940) enuncia: “O título consagrado às medidas de segurança, com sua parte geral e sua parte especial, poderia ser denominado o código de segurança dentro do código penal”. Com efeito, ao deslocar o conceito de crime para cobrir também um julgamento, subjetivo, sobre a personalidade do possível autor, o Estado-Novo subdividia o sentido de crime: crime que se enquadra no tipo previsto na lei; e o outro crime de não se encaixar no perfil psicológico que condiz e convém a um cidadão da nova nação que o Estado protegia. Ao primeiro, a pena, como prevê o princípio da legalidade; ao segundo, a medida de segurança, nada mais do que uma pena que não se submetia a esse princípio (VIANA, 2006).

Entende-se, pois, ser impossível admitir que os dispositivos do Código Penal em vigor - que prevê o encarceramento em um hospital-prisão, um HCTP, uma pessoa que em razão de distúrbio de entendimento, por transtorno mental pratica um ato formalmente tipificado como delito, priorizando a conduta como um problema de justiça criminal e não de saúde - tenham sido recepcionados pela Constituição de 1988, que tem como fundamentos a dignidade da pessoa humana e a cidadania e reconhece a saúde como um direito social fundamental de todos e dever do Estado, princípios que passaram a nortear todo o ordenamento jurídico brasileiro, desautorizando todos os atos que venham desobedece-los.

Nas palavras de Ulisses Guimarães²¹, a Constituição brasileira de 1988 é uma das poucas no mundo democrático que teve a presença direta e atuante da sociedade na elaboração dos preceitos de império em seu ordenamento. A partir de então o Brasil passou a ser uma república representativa e participativa, propiciando a convivência e a fiscalização de mandantes e mandatários a serviço da sociedade.

²¹Presidente da Assembléia Nacional Constituinte de 1988

Porém, a efetivação dessas mudanças depende da correlação de forças políticas que dirigem e pressionam o Estado; da distribuição do poder no interior do aparato estatal; e das formas concretas de organização do trabalho nas instituições (PAIM et al, 2005). O processo de implementação das políticas de saúde está sujeito a inúmeras vicissitudes que decorrem da dinâmica de interesses e pontos de vistas conflitantes de agentes com poder desigual que encontram abrigo nas lacunas das normas orgânicas e operacionais que, direcionadas a atender a processos de repasses financeiros de projetos e programas nacionais, desatendem as realidades regionais e locais desse país/continente, diversificado e plural, impondo sem prévia discussão local, novos equipamentos, serviços e estratégias, o que por vezes importa em impactos de invasão cultural nas comunidades interioranas, diversificadas quanto a seus costumes e saberes, demandando todo um trabalho social de sensibilização para a mudança.

No que tange ao doente mental autor de delito, a morosidade no processo de implementação da atual reorientação legal do modelo de atenção em saúde mental se agrava, não só em razão do histórico processo de exclusão que há cerca de três séculos caracteriza o tratamento que foi destinado aqui e alhures a pessoas com transtorno mental e a delinqüentes, como também em decorrência do descaso, da indiferença e do preconceito, presente nos dias atuais, mesmo quando a legislação em vigor assegura dignidade humana, cidadania e tratamento adequado às suas necessidades em novo modelo de saúde, objeto de política pública em implementação.

Os problemas estruturais do HCT, indiscutivelmente, devem ser atribuídos à ineficiência do aparato estatal, principalmente no que tange a problemas de gestão, como a permanência de organização obsoleta, engessada em uma administração centralizada, onde as mínimas decisões ocorrem longe da realidade dos usuários, tratados como meros números de estatística. A perene falta de recursos humanos, em quantidade e qualificação, jamais atende às necessidades. A carência de recursos materiais e financeiros é recorrente nos discursos que pretendem justificar a precariedade das instalações físicas e dos serviços públicos de interesses sociais.

A efetiva e eficaz fiscalização desses estabelecimentos penais pelos Órgãos que têm atribuições impostas pela LEP para fazê-las periodicamente e adotar as medidas cabíveis ao descumprimento dos comandos legais são os instrumentos que

a ordem jurídica dispõe para coibir abusos e proteger os direitos da população interna nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Todavia, a reversão desse modelo de segregação e exclusão vai depender da conscientização da comunidade, principalmente juristas e médicos, de que não existe mais espaço no Brasil atual para o degredo de doentes para um hospital-prisão onde se destrói a vida e a dignidade de um ser humano, e que tratamentos mentais longe do meio comunitário e dos familiares do paciente além de cruel, é ineficiente.

A intervenção do Ministério Público na crise do HCTP, além desencadear uma análise interinstitucional daquela Unidade Estatal no período em que se opera a transição do modelo de reclusão manicomial do doente mental para o novo modelo de atenção introduzido pela Reforma Psiquiátrica, também se constituiu em um desafio para o Ministério Público. Também em fase de adaptação estrutural e técnica para o desempenho das novas atribuições constitucionais, adicionadas ao seu perfil institucional, dentre as quais, as funções de agente político que contribui para promoção das transformações sociais. A atuação do MP que se tornou objeto deste estudo, também se constituiu em uma oportunidade de demonstrar alguns aspectos dessa nova atividade em que os Promotores de Justiça saem dos Gabinetes e dos Fóruns para promover a Justiça no meio da comunidade, construindo com outros profissionais de formações diversas, os meios de buscar a garantia dos direitos e a eficácia da lei.

6. CONCLUSÃO

Este trabalho buscou descrever a atuação do Ministério Público diante de irregularidades de um estabelecimento público que vem sendo objeto de polêmicas discussões em todo o país, em face da sua atividade finalística que reúne as duas mais estigmatizantes instituições do Estado Moderno - a prisão e o hospital psiquiátrico.

Através do Inquérito Civil, moderno instrumento jurídico de uso exclusivo do Ministério Público, identificou-se o problema, investigou-se as suas razões e sua extensão. Ultrapassada a fase instrutória, em que se coleta elementos e provas, o Inquérito tornou-se sede de polêmicas e acirradas discussões interinstitucionais e interdisciplinares na construção de propostas que buscavam soluções para os graves problemas diagnosticados, em sede de um universo complexo, rígido e permeado pelas tensões políticas próprias às organizações públicas brasileiras. As propostas estratificadas subsidiaram, através de cláusulas negociadas e veiculadas em outro moderno instrumento jurídico, o Termo de Ajustamento de Conduta – TAC, que permite a eleição de prioridades e prazos para o cumprimento de obrigações relacionadas a direitos difusos, coletivos homogêneos e transindividuais - a partir do qual, a reorientação de novas práticas introduziu, dentro das possibilidades existentes, algumas novas rotinas: os internos que apresentavam problemas de saúde além do âmbito da psiquiatria, passaram a ser encaminhados para atendimentos na rede SUS, conforme as necessidades que apresentavam. Oficinas terapêuticas começaram a ser timidamente instaladas, no sentido de prestar assistência mais condizente com a política psiquiátrica em implantação. Identificada a situação processual de cada interno, a mobilização dos órgãos competentes impulsionou a adoção de providências necessárias para corrigir o que havia de irregular. As irregularidades jurídicas encontradas relacionadas à procrastinação de prazos e outras que diziam respeito à área criminal, foram comunicadas ao CAOCRIM – Centro de Apoio as Promotorias de Justiça Criminais - que oficiou cada Promotor de Justiça Criminal do Estado, solicitando análise da situação processual de cada interno. A agilização dos processos junto às respectivas Unidades Judiciárias possibilitou o retorno de muitos internos às suas comarcas de origem.

Quanto aos aspectos sociais, intensificou-se a busca de restabelecimento das relações familiares identificadas e a articulação com outros órgãos estatais no sentido de abrigar adequadamente aqueles que se encontravam em situação de abandono social. O acesso à documentação também foi providenciado através de articulações com outros órgãos do Estado e se deu início à programação de atividades ressocializantes, como saídas terapêuticas.

Foi deflagrado o processo de preparação para cumprimento da Portaria Interministerial n.º 628, de 02/04/02, do Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, com a elaboração do Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário e o objetivo de estabelecer as diretrizes para a atenção à saúde da população carcerária. Atualmente esse Plano se encontra em fase de implementação e conta com alguns serviços já instalados no Complexo Penitenciário Lemos de Brito, em Salvador.

Aliada a estas ações, continuou-se a promover outras tantas visando à redução da população de internos, através da agilização de exames periciais, providências administrativas para a localização das suas famílias e o transporte para o retorno às suas casas. Neste sentido, em muito contribuiu a Portaria nº 01/03 baixada pelo Juiz Titular da Vara de Execuções Penais e Medidas Alternativas, determinando a imediata desinternação e retorno às comarcas de origem de todos os pacientes encaminhados para exames, que estivessem com os respectivos laudos concluídos.

O esforço conjunto para a realização dessas providências resultou na progressiva redução do número de internos. Durante o período de fevereiro a dezembro de 2003, ocorreram 373 desinternações (338 homens e 35 mulheres); e no ano de 2004, até o mês de junho, foram desinternados 116 internos (106 homens e 10 mulheres), perfazendo, até então, um total de 454 pacientes que retornaram aos seus lares. Embora as desinternações agilizadas reduzissem o número de internos e a duração das internações, o ingresso de novos internos é intermitente e no fim do ano de 2007, a média oscilava em torno de 150 leitos ocupados.

Acertadamente, vários Autores apontam como razão do conflito presente nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o seu caráter ambíguo de custodiar e tratar doentes mentais tidos como perigosos, em uma situação em as ações terapêutica e diagnóstica do médico são mediadas pelo sistema jurídico penal, que promove a reclusão dos doentes, vinculando uma ação de saúde com a função de

punir, descaracterizando o papel do médico e dos demais profissionais de saúde que estão inseridos neste contexto.

O trabalho desenvolvido pelo Ministério Público durante quatro anos, em busca modificar a realidade degradante a que são submetidos os internos do HCTP, deixa a cristalina convicção da impossibilidade da permanência desse modelo institucional nos dias atuais. A sua estrutura física asilar-prisional, se subsume perfeitamente ao modelo de Instituição Total descrita por Goffman (1996), e é expressamente proibida pela Lei 10.216/2001. Decorridos 19 anos da promulgação da Constituição Federal e seis anos de vigência da referida Lei nº 10.216 ainda é um juiz de direito quem, com a "prerrogativa de seu livre convencimento", determina a internação compulsória para tratamento de saúde mental, o tempo mínimo de sua duração, a alta e desinternação dos pacientes.

Essa intervenção ocorreu no sentido de superação da crise que se instalou no HCTP que, objetivamente, se traduzia riscos e acarretava agravos à saúde dos internos, além da infame agressão aos seus direitos enquanto pessoas humanas. Os resultados das providências objetivas para lhes assegurar o direito à saúde integral, a adoção de rotinas mais humanizadas, o embrião das oficinas terapêuticas e medidas socializantes foram alcançados. Bem assim, a observância dos prazos processuais e a cessação de aviltantes desrespeitos à dignidade humana. Todavia, há muito por fazer que depende de providências que ultrapassam as atribuições do Ministério Público.

Embora a doutrina jurídica conserve o antigo discurso que nega o caráter punitivo da Medida de Segurança, a realidade dos hospitais de custódia e tratamento demonstra o contrário, como também o revela este trabalho, através dos dados relativos às internações que apresenta e os danos que causam às pessoas com transtorno mental autores de delito. O círculo vicioso que leva uma internação sem limite máximo de duração a tornar-se perpétua é alimentado pela "quebra de salvo conduto" e pelo mito da "periculosidade" que representaria perigo social futuro.

Evidentemente, não se pode mais postergar a urgente necessidade de revisão no sistema jurídico-penal, no sentido de ajustar o tratamento dos doentes mentais autores de delitos às novas tendências da política constitucional e à Lei nº 10.216/02 que dispõe sobre a política de saúde mental. Embora não seja o bastante, as Resoluções nº 3 e nº 5 de 04.05.2004, do Conselho Nacional de Política Criminal

e Penitenciária (providências posteriores à instauração do Inquérito Civil pelo MP da Bahia), representam passos importantes para um tratamento mais humano e socialmente mais inclusivo a ser dispensado ao portador de transtorno mental em conflito com a lei.

Há que se refletir e ponderar quão pode ser temerária, para não dizer violenta, a remoção compulsória de um cidadão brasileiro do seio de sua família, sem o mais elementar exame médico, sequer para aferir indícios da existência de sinais e sintomas de doença mental, para submetê-lo a um exame pericial, por vezes a centenas de quilômetros de distância, na Capital do Estado.

Além da revisão do instituto da Medida de Segurança, para acabar com esse constrangimento é imprescindível que o Poder Executivo efetivamente implemente as necessárias redes de assistência, desde os equipamentos de Atenção Básica - principalmente o Programa de Saúde da Família - incluindo serviços de assistência à Saúde Mental e outros equipamentos como os CAPS (Centro de Atenção Psico Social) - com capacidade instalada e dimensionada de forma a garantir o acesso universal, a integralidade e resolutividade preconizados pela Constituição Federal e pela Lei 8080/1990, inclusive a adequada assistência aos egressos das internações psiquiátricas compulsórias ou não, no sentido de interromper o perverso ciclo vicioso das reinternações.

Para a sociedade parece haver um grande alívio o internamento compulsório do doente mental autor de delito, uma vez que o seu isolamento, em tese, o impossibilitaria de praticar o ilícito tipificado no contexto macro-social. A cultura que se consolidou, ao longo de séculos de cultivo do preconceito, impede que se perceba que esse modelo repressivo de combate à criminalidade acarreta o aumento da violência, que não se extingue com o cerceamento da liberdade. Cabe refletir se o perigo na sociedade é realmente um atributo inerente ao doente mental, analisando os dados referentes à reincidência de comportamento infrator desses doentes através de pesquisas já realizadas ou ainda se realizem.

A existência de pessoas depositadas e esquecidas nos Manicômios Judiciários de vários Estados brasileiros, agride as consciências, consolida a imagem negativa de um país que ainda não respeita, de fato, os direitos da pessoa humana; e termina por se constituir em um imenso desafio à implantação de uma política pública de direitos humanos que pretenda ser lastreada na ética e no respeito aos direitos do cidadão.

Inegavelmente, no Brasil a pessoa com transtorno mental autora de delito ainda é um sujeito sem direitos. Os mecanismos legais para assegurar os direitos do cidadão contra os atos abusivos de terceiros, inclusive o Estado, não lhes são acessíveis.

Fica preso porque está doente. O Estado que até então ignorou os seus direitos fundamentais, inclusive de acesso a tratamentos de saúde e a sua necessidade de proteção, só conhece da sua existência através do seu aparato de repressão. E para prevenir futuros transtornos para a sociedade “sã”, o impede de usufruir a liberdade para ver o mar, banhar-se nos rios, olhar as estrelas no céu, colher os frutos nas árvores, correr nos campos, brincar com os animais, gozar os privilégios da natureza que, à sua imagem e semelhança, acolhe sem restrições à diferença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. *Asilos, Alienados e Alienistas: Uma pequena história da psiquiatria no Brasil*. In: (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994, p. 73 - 84.

_____. *et al. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental*. *Ciência saúde coletiva*. Rio de Janeiro. 2001, vol.6 no.1.

ANDREUCCI, R A. *Manicômio Judiciário e Medidas de Segurança Alternativas*. *Revista do Conselho Penitenciário do Distrito Federal XVIII*. 1981, p 43, 53-61.

BARROS, M A F. *Controle Jurisdicional de Políticas Públicas*. Porto Alegre. Sergio Antonio Fabris Editor. 2008.

BARROSO, L R. *Neoconstitucionalismo e constitucionalização do Direito. O triunfo tardio do Direito Constitucional no Brasil*. Teresina. Jus Navigandi. Nov 2005, ano 9, n. 851. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto>>.

BASTOS, SB. *O Asilo de Alienados de São João de Deus. 1874 - 1912*. Bahia, 1985. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária. DMP, FAMED, UFBA.

BERCHERIE, P. *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. (Trad. Carlos A. de Santos), Buenos Aires: Ediciones Manantial, 1986.

BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BOBBIO, Norberto. *A Era dos Direitos*. (Trad. Carlos Nelson Coutinho). Rio de Janeiro: Ed Campus, 1992.

BRASIL. *Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988

BRASIL. *Constituição (1937). Constituição da República Federativa do Brasil*. 1937.

BRASIL. *Constituição (1969). Constituição da República Federativa do Brasil*. 1969.

BRASIL. Constituição (1891). *Constituição da República Federativa do Brasil. 1891.*

BRASIL. Constituição (1946). *Constituição da República Federativa do Brasil. 1946.*

BRASIL. Constituição (1934). *Constituição da República Federativa do Brasil. 1934.*

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 09 de abril de 2001.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-NOB 01/93.* 1993.

BRASIL, *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB 01/96.* 1996.

BRASIL, *Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS.* 2002.

CANOTILHO, J. J. G. *Constituição Dirigente e Vinculação do Legislador.* Contributo para Compreensão das normas constitucionais programáticas. Coimbra: Coimbra Editora, 1994.

CARRARA, SL. *Crime e Loucura: o aparecimento do Manicômio Judiciário na passagem do século.* Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Museu Nacional. 1987.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.* (Trad. Maria Tereza da Costa Albuquerque). Rio de Janeiro: Graal. 1978.

CLÈVE, C M - A eficácia dos direitos fundamentais sociais. In: *Revista de Direito Constitucional e Internacional*, nº 54, ano 14. São Paulo: RT, jan./mar. 2006.

CHALUB, M. *Introdução à Psicopatologia Forense.* Rio de Janeiro: Forense. 1981.

COHEN, C. *Medida de Segurança*. In: Claudio Cohen, Flavio Carvalho Ferraz e Marco Segre(Orgs.), *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: EDUSP. 1996a. P. 77-86.

_____. *O Profissional de Saúde mental no Tribunal*. In: Claudio Cohen, Flavio Carvalho Ferraz e Marco Segre (Orgs.) *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: EDUSP. 1996b. p. 239 - 246.

COHN, Amélia. et al. *Saúde Como Direito e Como Serviço*. São Paulo: Editora Cortez. 2002.

DALLARI, S. G. *Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*. São Paulo: Hucitec. 1995.

DANTAS-JR, AT. *O Manicômio Judiciário e o conflito de identidade da psiquiatria*. Revista ABP-APAL: 9:3:103-106.

DELMANTO, C. *Código Penal Comentado*. São Paulo: Renovar. 1991.

EDUSP. 1996, p. 171 - 187.

FEIJÓ, Adriana Maria de Vasconcelos. et al. *Sistema Único de Saúde e Manicômio Judiciário*. Maceió - Informativo Custos Legis - Associação do Ministério Público do Estado de Alagoas, n.º 48, janeiro/abril/2001.

FERRARI, E. R. - *Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito*. *Revista dos Tribunais*. São Paulo. p. 157. 2001.

FIGUEIREDO, Mariana F. *Direito Fundamental à Saúde – Parâmetros para sua Eficácia e Efetividade*. Livraria do Advogado Editora. 2007.

FONTANA-ROSA, J C. *A Perícia Psiquiátrica*. In: Claudio Cohen, Flavio Ferraz Carvalho e Marco Segre(Orgs.). *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo.1996.

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. (Trad. José Teixeira Coelho Neto). São Paulo: Perspectiva. 1995.

_____. *A verdade e as formas jurídicas*. Ciclo de conferências realizado no Depto. de Letras e Artes da PUC-RJ. Ed. Dirigida por Afonso Romano de Sant'Anna, (Trad) Roberto Dias Machado e Eduardo Moraes, PUC-RJ, divisão de intercâmbios e edições. 1973.

_____. *Vigiar e Punir*. História da violência nas prisões. (Trad. Lígia M. Pondé Vassalo). Petrópolis: Vozes. 1991a.

_____. *La evolución de la noción de "individuo peligroso" en la psiquiatría legal*. In: *La vida de los hombres infames - ensayos sobre desviación y dominación* (Trad. Julia Varela e Fernando Elvares Uria). Madrid: La Piqueta, 1990, p. 231 - 264.

GARCIA, Emerson. Ministério Público – *Organização, Atribuições e Regime Jurídico*. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris. 2004.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. (trad. Dante Moreira Leite). São Paulo : Perspectiva. 1996.

GONÇALVES, Edílson Santana. *O Ministério Público no Estado democrático de Direito*. Curitiba: Editora Juruá – 2000.

GRAU, E. R. *Direitos, Conceitos e Normas Jurídicas*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais. 1988.

HARRIS, R. *Assassinato e Loucura: medicina, leis e sociedade no fin de siècle*. (Trad. Talita M. Rodrigues). Rio de Janeiro: Rocco. 1993.

HOLMES, David S. *Psicologia dos transtornos mentais*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

HUNGRIA, N & Fragoso, H. *Comentários ao Código Penal*. Rio de Janeiro:Forense. 1978.

IBRAHIM, E. O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro: hospital ou prisão?. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: v. 37, n.2, p.109-112, 1988.

JACOBINA, RR. *O Asilo e a constituição da psiquiatria na Bahia*. Bahia. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária. DMP/ FAMED/UFBA. 1992.

_____. A Prática Psiquiátrica na Bahia (1874-1947). Estudo Histórico do Asilo São João de Deus/Hospital Juliano Moreira, Escola Nacional de Saúde Pública. Doutorado de Saúde Pública. 2001.

JÚNIOR, João Lopes Guimarães. *Papel Constitucional do Ministério Público*. São Paulo: Editora Atlas. (Trabalho publicado no livro Ministério Público - Instituição e Processo) 1997.

MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MAZZILI, H.N. – *Manual do Promotor de Justiça* – Ed Saraiva, São Paulo - 1999

MELO, L. I. et al. *História moderna e contemporânea*. São Paulo: Scipione 1993.

PAIM, J. et al - *Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil*. Cad. Saúde Pública vol.21 no.5, 2005.

PIOVESAN, F. *Direitos Humanos e o Direito constitucional Internacional*. 2ª ed. São Paulo: Max Limonad, 1997.

RIO DE JANEIRO - *Decreto N. 1.132 de 22 de dezembro de 1903*. Reorganiza a Assistência a Alienados. In: *Collecção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1903 - Actos do Poder Legislativo*. Imprensa Nacional, 1903.

SALLES, Carlos Alberto. *Entre a Razão e a Utopia – a Formação Histórica do Ministério Público*. Editora Atlas – 1999.

SARLET, I. W. *A Eficácia dos Direitos Fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.

_____. _____ Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora. 2007.

_____. *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora. 2007.

SAUWEN, João FF. *Ministério Público Brasileiro e o Estado Democrático de Direito*. Rio de Janeiro: Editora Renovar. 1999.

SCHWARTZ, G. A. D. *Direito à Saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2001.

_____. *O Ministério Público e o direito à saúde*. Revista do Direito; 01/01/2001; 2001; 131; 139; Português; Santa Cruz do Sul/ RS; BRASIL; 0104-9496.

STRECK, L. L. *A hermenêutica, a lei e a justiça: a discussão dos obstáculos ao acontecer da constituição*. Capítulo: Direitos Sociais e Políticas Públicas: desafios contemporâneos. ARAUJO, L. E. B. &. 2001

_____. *Constituição ou barbárie? A lei como possibilidade emancipatória a partir do Estado Democrático de Direito*. Rio de Janeiro: Doutrina. 2001.

_____. *Hermenêutica Jurídica E(m) Crise*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora. 2006.

_____. *Os meios e acesso do cidadão à jurisdição constitucional, a arguição de descumprimento de preceito fundamental e a crise de efetividade da constituição brasileira*. Capítulo: Hermenêutica e Jurisdição Constitucional. 2001

VIGLIAR, JMM. *Ministério Público II – Democracia*. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. *Ação civil pública*. São Paulo: Atlas – 1999.

VENANCIO, A.T. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(2):283-305, 2004.