

A Reforma Psiquiátrica no Brasil: novos diálogos entre a saúde mental e o direito ¹

Pedro Gabriel Delgado*

A lei 10.216/01, referida muitas vezes como a lei da Reforma Psiquiátrica, é o marco legal de um processo social e político que reorientou a atenção à saúde mental no país. De uma assistência que tomava o hospital psiquiátrico como o lócus da atenção à pessoa com transtornos mentais, passamos a uma assistência que privilegia o tratamento em locais abertos, em serviços de base comunitária, articulados em rede. Neste novo modelo de tratamento, a internação em hospitais é realizada apenas em situações específicas, em geral de maior gravidade ou risco, pois existe uma rede de diferentes serviços e ações que acompanham os diversos momentos e necessidades da pessoa com transtornos mentais severos e persistentes. De um modelo hospitalocêntrico, passamos, portanto, a um modelo que preconiza o tratamento aberto, em serviços articulados em rede, com forte participação da atenção básica e de ações intersetoriais, como inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos.

A lei 10.216/01 realiza, portanto, uma reorientação da assistência em saúde mental. Mas, além disto, a lei opera uma mudança fundamental: a partir dela a pessoa com transtornos mentais é tomada como sujeito de direito, em processo de produção da “autonomia possível” em sua vida cotidiana. Sabemos que as leis não têm somente eficácia instrumental, mas igualmente eficácia simbólica, que decorre do poder de nomear e dizer sobre o que é justo numa sociedade. Substituindo uma legislação que era centrada na noção de defesa da sociedade (como o decreto 24.559, de 1934, que previa que qualquer pessoa poderia requerer a internação involuntária de alguém, bastando para isto que tivesse tido contato recente com o paciente, ou que qualquer paciente internado por mais de 90 dias era considerado, sem qualquer rito, juridicamente incapaz), a lei 10.216/01 estabelece nova nomeação e paradigma para o tratamento das pessoas com transtornos mentais. Trata-se agora de garantir o direitos das pessoas a um tratamento aberto, digno e de qualidade; trata-se de proteger o bem maior da liberdade, garantindo que a internação involuntária seja realizada apenas por médico(a) e seja acompanhada pelo Ministério Público; trata-se de garantir a reinserção social de pessoas que ficaram internadas em hospitais psiquiátricos em grande parte de suas vidas. É a ideia de inclusão social, e não mais a ideia de defesa da sociedade, que passa permear o discurso da legislação brasileira sobre a pessoa com transtornos mentais a partir desta lei.

Esta mudança de paradigma certamente coloca em pauta a necessidade de novos diálogos entre o campo da saúde mental e o campo do direito. No campo penal, o exame crítico e intersetorial dos conceitos de inimputabilidade e periculosidade começa a ganhar mais fôlego e maturidade - algumas experiências intersetoriais passam a oferecer tratamento à pessoa com transtornos mentais que cometeram crimes a partir ou em articulação com a rede aberta de atenção à saúde mental no SUS, sem que com isto se percam as necessárias relações do infrator com a justiça penal. É certo que a

¹ Artigo publicado originalmente na Revista Jurídica Consulex. Ano XIV – nº320. 15 de maio de 2010, com versão integral disponível em www.consulex.com.br

* Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Ministério da Saúde.

construção de novas práticas para um segmento historicamente situado à margem, inclusive do Sistema de Saúde, ainda encontra resistência na rede de saúde mental, na rede SUS em geral, nas comunidades de origem dos pacientes e também nos órgãos de justiça, que, não raro, sugerem a reinternação de pacientes em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), mesmo na ausência de novo delito. O sucesso dessas experiências – marcadas pela clínica da inclusão social - apontam, no entanto, para a superação, a médio e longo prazo do modelo de tratamento/custódia oferecido pelos HCTP. Ademais, o próprio dispositivo de medida de segurança, que supõe um tratamento compulsório no regime de privação estrita de liberdade, para sujeitos considerados inimputáveis, vem tendo sua legitimidade constitucional colocada sob competente debate, através de uma produtiva interlocução entre operadores do direito, profissionais da saúde mental e instituições dos direitos humanos.

No campo civil, a discussão intersetorial dos dispositivos da tutela e curatela se aprimora, ao passo em que se denuncia a banalização das interdições civis no Brasil. Significando uma drástica restrição de direitos, a interdição vinha sendo incluída equivocada e violentamente entre procedimentos institucionais burocráticos para a garantia de outros direitos, como se dava muitas vezes, por exemplo, na requisição do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ao INSS. O diagnóstico das interdições civis no Brasil aponta, de fato, para o abuso no uso deste dispositivo. A interdição – um instrumento, em sua essência, de proteção da pessoa com transtornos mentais – é utilizada na maioria das vezes sem modulação e atenção às necessidades dos sujeitos, tendo enorme impacto no cotidiano das pessoas. É fundamental uma maior aproximação entre os sistemas de direito, o campo da saúde mental e da assistência social para que se preserve, na medida do possível, os direitos da pessoa, e para que a interdição, de caráter provisório e parcial, atue somente como parte de um sistema intersetorial de proteção do sujeito. Para consolidar um novo uso do dispositivo da interdição, aliado ao horizonte da inclusão social, é fundamental um diálogo sistemático e intersetorial entre o direito, a saúde e a assistência social.

A questão da internação involuntária é mais um dos temas para esta pauta, especialmente num momento em que a sociedade brasileira – sob o pânico social acalentado pela mídia - passa a ver a internação psiquiátrica involuntária como uma solução mágica para o problema do *crack*. Não há dúvida de que a situação do *crack* no Brasil é grave. É crescente o uso dessa substância entre alguns segmentos sociais e este uso está muitas vezes ligado a situações graves de vulnerabilidade social - desigualdade social, pobreza, violência, marginalização, situação de rua. A internação (involuntária ou voluntária), no entanto, não pode ser vista como uma solução mágica para um problema que é em sua essência altamente complexo. Note-se que os casos mais graves – justamente os casos expostos pela mídia - envolvem usuários jovens que já passaram por sucessivas internações e não obtiveram bons resultados. Isto se dá porque não basta a internação, ela é tecnicamente indicada apenas para tratamento da intoxicação aguda, de comorbidades (transtorno mental grave associado à dependência da droga) e de risco para o paciente ou terceiros. Medidas de proteção social em dispositivos transitórios de acolhimento, como casas de passagem, têm se revelado eficazes, seja substituindo a internação, seja seguindo-se a ela, em um esforço processual de recuperação e reintegração social. Bons resultados vêm sendo obtidos por um conjunto de medidas intersetoriais (saúde, assistência social, segurança pública, juizado e promotoria da infância e juventude, conselhos tutelares, etc.) que atuam sinergicamente e não por internações isoladas e abrigamentos compulsórios em instituições fechadas. Um grande desafio que vem sendo enfrentado é justamente aperfeiçoar a sinergia entre o Sistema Nacional de Medidas Socioeducativas e a rede de saúde mental do SUS, permitindo que os jovens que cumprem medidas em meio fechado ou aberto, e tenham problemas com o consumo prejudicial de drogas, possam ser acompanhados adequadamente nos CAPS e na rede de saúde mental.

Nesta discussão, não se pode perder de vista, à luz da lei 10.216, a garantia de que estas internações, quando realizadas involuntariamente por médico(a), devem ser revistas e acompanhadas pelo Ministério Público. Estamos em uma democracia. Isto significa, entre outras coisas, que a imposição de um tratamento e/ou a privação de liberdade deve estar submetida a regras de defesa dos direitos. Neste campo, ainda precisamos avançar muito, mesmo nos dias de hoje. Os programas terapêuticos devem ter a competência para realizar a necessária transição entre o tratamento involuntário (muitas vezes o primeiro contato do jovem em conflito com a lei e o sistema de saúde) e a aceitação e participação voluntárias no tratamento.

No esteio do pânico social e sob o argumento da necessidade, vêm surgindo com frequência no Brasil iniciativas francamente ilegais e violadoras de direitos, como é o caso da Unidade Experimental da fundação A Casa, do estado de São Paulo. Este é um ponto de tensão no debate que temos pela frente, mas é tema que deve ser enfrentado abertamente por todos.

O campo de saúde mental está hoje amadurecido para a discussão desta pauta. Estamos em plena realização das fases municipal e estadual da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, que terá sua etapa nacional realizada ao final de junho. Esta Conferência, pela primeira vez, traz o componente intersetorial para o debate (30% dos delegados devem ser de setores como justiça e sistema de direitos, assistência social, educação, trabalho etc). Esta é uma novidade que poderá resultar num salto de qualidade no debate da Reforma Psiquiátrica, que hoje, já num estágio avançado - passados 9 anos da promulgação da lei 10.216 – enfrenta novos desafios.

Desde a lei 10.216, o acesso à atenção à saúde mental aumentou muito – passamos de 21% de cobertura, em 2002, para 62%, em março de 2010. Temos hoje uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) composta por 1502 serviços, distribuídos em todos os estados da federação, 550 Serviços Residenciais Terapêuticos, além de ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Convivência e Cultura e leitos de atenção integral em Hospitais Gerais. Temos ainda cerca de 3.500 beneficiários do Programa de Volta para Casa. Apesar destes avanços, há ainda uma grande lacuna de tratamento. É preciso ampliar e qualificar ainda mais a rede CAPS (especialmente os CAPS III, CAPSi e CAPSad), os leitos em hospitais gerais, os Serviços Residências Terapêuticos, os Centros de Convivência, os programas de redução de danos, as iniciativas de inclusão social pelo trabalho, o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa e sobretudo qualificar as ações de saúde mental na atenção básica e as ações intersetoriais.

Estes e outros desafios devem ser discutidos profunda e intersetorialmente, com a complexidade que merecem. Esta discussão, que inclui a consolidação de novos diálogos entre saúde mental e o direito, deve ter sempre e de modo inequívoco o horizonte da garantia de direitos dos pacientes.

Glossário:

- **Programa De Volta para Casa:** Criado pela lei federal 10.708/2003, o Programa tem o objetivo de contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$320,00 (trezentos e vinte reais) aos seus beneficiários . Para receber o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social.
- **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** Serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Existem CAPS para adultos com transtornos mentais severos e persistentes (CAPS I, CAPS II e CAPS III, este último, 24 horas), CAPS específicos para crianças e adolescentes com transtornos mentais (CAPSi), e CAPS para pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (CAPSad).
- **Residências Terapêuticas (SRT):** Também chamadas de Serviços Residenciais Terapêuticos. São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação de SRTs nos municípios. Este é um dos principais equipamentos para a efetivação de processos de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental*. 1990-2004. 5ª. edição ampliada. Brasília, 2004.
- www.saude.gov.br/saudemental
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília, 2005.
- DELGADO, P. G. *As razões da tutela. Psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Editora TeCora : Rio de Janeiro, 1992.