
VIDAS ESQUECIDAS: REFORMA PSIQUIÁTRICA, DIGNIDADE E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

FORGOTTEN LIVES: PSYCHIATRIC REFORM, DIGNITY AND DESINSTITUTIONALIZATION

ANDRÉ STUDART LEITÃO

Pós-doutorando em Direito pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Pós-doutorando em Direito pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutor e Mestre em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Procurador Federal. Professor do Programa de Pós-Graduação stricto sensu da Unichristus. Autor de artigos e livros jurídicos. Email: andrestudart@hotmail.com

CÍNTIA BRUNETTA

MBA em Poder Judiciário pela Fundação Getúlio Vargas. Graduada em Direito pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestranda em Direito pela Unichristus. Juíza Federal. Email: cbrunetta@hotmail.com

FERNANDO SERGIO STUDART LEITÃO FILHO

Médico pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pós-Doutorado pela Universidade de British Columbia, Vancouver-Canada. E-mail: Fernando.Studart@hli.ubc.ca

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar as políticas públicas brasileiras voltadas à execução das diretrizes de incentivo à desinstitucionalização trazidas pela Lei 10.216/2001. Para tanto, pretende-se inicialmente traçar um histórico geral da relação do homem com as doenças mentais para, em seguida, trazer as origens da Reforma

Psiquiátrica de 2001 e os principais elementos ligados a essa escolha do Estado em relação à assistência à saúde mental. Na sequência, serão apresentados dados que indicam as falhas nas estratégias governamentais de execução da política pública de redução de hospitais e leitos psiquiátricos e o impacto gerado na exclusão social da pessoa com deficiência mental. Por fim, tecer-se-ão comentários a respeito da responsabilidade estatal em virtude da inexecução sistemática das diretrizes da Reforma e da necessidade de reformulação da política de assistência focalizada em pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização; Assistência à Saúde Mental; Responsabilidade Estatal; Política Pública.

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyse Brazilian public policies, which were conceived to execute the national guidelines deinstitutionalization's incentive provided by the Law 10.215/2001. Firstly, we will describe the history of the relationship between society and mental diseases, and afterwards, explore the origins of the 2001 Psychiatric Reform and the main elements linked to the State's choices related to mental healthcare treatment. Secondly, we will provide extense evidence demonstrating the failure of the Government's execution of the previously mentioned public policy, which has been aggravating the social exclusion of patients with mental deficiency, due to its impact on the reduction of psychiatric hospitals and beds. Thirdly, there will be also comments regarding the State's responsibility (as a consequence of the systematic inexecution of the Reform guidelines), and the need for a reformulation of public aids focused on psychiatric patients, especially upon their discharge from internship institutions.

KEYWORDS: Psychiatric Reform; Deinstitutionalization; Mental Healthcare; State's Responsibility; Public Policy.

INTRODUÇÃO

No cimento quente de um pátio sem árvores, uma sombra se encolhe no canto. Ele sabe que se chama Francisco, mas poderia ser João ou Pedro. Virou Chico quando um médico, há anos, decidiu que aquele ser era gente, e merecia um nome de homem. Não sabe de onde vem ou quando chegou, apenas sabe não vai para lugar algum. E lá fica. Como ficou durante os últimos quinze anos. Certo dia, Francisco soube que era louco. Ele esqueceu como se fala e como se ouve. Sem passado, vive o presente sem a expectativa de um futuro. Infelizmente, Francisco não é único.

De certa maneira, a história de Francisco inspirou este ensaio. A proposta do artigo é, inicialmente, traçar algumas considerações acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual, embora em sintonia com a tendência mundial de desinstitucionalização de pacientes com deficiência mental e redução de hospitais psiquiátricos, não veio acompanhada da estruturação real da rede substitutiva de atenção à saúde mental.

Para ilustrar as hipóteses e conclusões, serão utilizados dados e informações extraídos da rede de assistência à saúde mental do Município de Fortaleza e dos três maiores hospitais psiquiátricos do Estado do Ceará.

A partir dessas informações e com fundamento na proteção constitucional e legal das pessoas com deficiência mental, pretende-se investigar a responsabilidade estatal na adoção de medidas efetivas de desinstitucionalização e proteção social dos residentes permanentes de hospitais psiquiátricos.

A pesquisa, de viés qualitativo e de cunho exploratório, será lastreada em levantamento bibliográfico e em dados estatísticos obtidos através de fontes diversas (Conselho Federal de Medicina, DATASUS, instituições de saúde, entre outras).

2 A HISTÓRIA DA LOUCURA E DOS MANICÔMIOS

A história do homem com a loucura é uma história tão antiga quanto a do próprio homem e é, desde o início da civilização, a história da tolerância para com a diferença (COSTA, 2001).

Ao longo dos séculos, as pessoas com deficiência mental foram tratadas de diversas maneiras. Nas sociedades mais antigas, eram vistas como emissários das divindades, portadores de poderes sobrenaturais e mensageiros dos mortos.

Na Idade Média, foram surradas e queimadas na fogueira, passando a ser tidas, então, como amaldiçoadas pelo diabo e não mais abençoadas pelos deuses. Exatamente nesta época, sob o jugo da Igreja Católica, foram estabelecidos os três grandes parâmetros de preconceito por onde é vista a loucura até os nossos dias: o louco dito incapaz, o louco dito irresponsável e o louco dito violento (COSTA, 2001).

Jovens, adultos e idosos, pessoas com limitações físicas, desconectados com a realidade ou somente contestadores e diferentes, sem condições de participação numa atividade minimamente produtiva e regular, constituíram-se no substrato ideal para justificar a exclusão da sociedade dita produtiva e viável.

Somente com o Iluminismo e com Phillippe Pinel (1745-1826), considerado o pai da Psiquiatria, começou-se a retirar da loucura humana a tarja de dom ou maldição e passou-se a pensar em termos científicos, com estudos e classificações. A escola pineliana representou o marco inaugural do surgimento da Medicina Mental ou Psiquiatria, que transformou a diferença humana (transmutada em loucura) em patologia, passível de tratamento e cura.

Nessa época, consagrou-se o hospital psiquiátrico, hospício ou manicômio como o lugar social dos “loucos”, e os métodos terapêuticos de tratamento da patologia recém descoberta apoiavam-se em confinamentos, sangrias e purgativos (COSTA, 2001).

A reeducação dos alienados baseada no respeito às normas (convenções e práticas sociais) e o desencorajamento de condutas consideradas inconvenientes, central no tratamento de então, denotam que a exclusão do diferente continuava existindo, mas agora amparada em um fundamento científico que justificava o confinamento e a retirada da sociedade como algo indispensável para a reabilitação do homem tido por louco.

Para Pinel (COSTA, 2001), a função do médico e do manicômio deveria ser exercida com cuidado, afabilidade e firmeza. A preocupação moral de incutir a gentileza no trato do paciente era bastante presente em seus estudos e em seu

legado, porém, com o passar do tempo, apenas as ideias corretivas e exclusivas que permaneceram.

Destarte, já no século XIX, o tratamento do doente mental incluía medidas físicas extremas como banhos frios, chicotadas e máquinas mirabolantes criadas para gerar dor e confusão. Conquanto a doença mental já estivesse expurgada do seu caráter eminentemente moral da Idade Média, já sendo vista como uma patologia de natureza orgânica, os métodos de tratamento não sofriam alterações e, assim, os manicômios passaram a ser terreno fértil para torturas e maus-tratos.

Partindo dessas observações e das contribuições provenientes de referenciais teóricos não biológicos, buscou-se alterar a realidade mediante o desenvolvimento de modelos diversos que tentaram promover um maior grau de interação e civilidade nas relações entre os profissionais e pacientes no âmbito da instituição psiquiátrica.

Dentre as propostas lançadas à época, destaca-se a Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia (1969) que, efetivamente, configurou uma ruptura com o ultrapassado hospital psiquiátrico. Basaglia, nos hospícios das cidades de Gorizia e depois de Trieste, no norte da Itália, conseguiu superar o modelo “carcerário” herdado dos séculos anteriores e substituí-lo por uma rede diversificada de Serviços de Atenção Diária em Saúde Mental de Base Territorial e Comunitária (COSTA, 2001).

Esse movimento iniciou-se na Itália, mas teve repercussão mundial, inclusive, no Brasil, através da chamada Luta Antimanicomial, surgida na década de 1970, que deu origem à Reforma Psiquiátrica. Mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propôs-se a construção de uma rede de serviços e estratégias inclusivas e pretensamente libertárias.

À época em que essa discussão chegou ao Brasil, viviam-se muitas mudanças advindas do golpe militar de 1964. Propunha-se, mais do que qualquer outro regime político anterior, atuar na extirpação do que seria considerado social, política e economicamente inaceitável. O diferente, o divergente e o contestador não tinham lugar na opção da seara política. Essa realidade teve um impacto fundamental no que seria considerada loucura passível de tratamento e exclusão da sociedade organizada e “civilizada”. Afinal, como afirma Jessé Souza (*A Tolice da Inteligência Brasileira*, 2015):

A realidade social não é visível a olho nu, o que significa que o mundo social não é transparente aos olhos. Afinal, não são apenas os músculos dos olhos que nos permitem ver, existem ideias dominantes, compartilhadas e repetidas por quase todos que, na verdade, “selecionam” e “distorcem” o que os olhos veem, e “escondem” o que não pode ser visto.

O contexto favoreceu a criação e a manutenção das chamadas “Clínicas de Repouso”, acrescidas de estratégias de busca e internamento aleatórios como, por exemplo, o realizado por ambulâncias que, durante os anos 1960-70, percorriam as cidades, sobretudo depois de jogos de futebol, identificando indivíduos que atendessem a dois requisitos básicos: não portassem a “carteira do INPS” (que indicava que estavam trabalhando e, portanto, eram pessoas produtivas para a sociedade da época), e estivessem dormindo embriagados na via pública, os quais seriam levados e internados com o diagnóstico de “Psicose alcoólica” (COSTA, 2001). Também eram alvo da política de uniformização e padronização social os jovens contestadores ou que não se enquadravam nos parâmetros ditos normais da sociedade, os homossexuais e os considerados promíscuos.

Eliane Brum, em prefácio ao livro *Holocausto Brasileiro*, da jornalista Daniela Arbex (ARBEX, 2013), ao narrar a difícil situação da “Colônia”, de Barbacena, Minas Gerais, descreve uma realidade que, em maior ou menor grau, pode ser estendida aos demais hospícios da maior parte do século XX:

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviados seus documentos. Algum eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças.

Na época, ainda relativamente recente era a edição da Lei das Contravenções Penais (LCP) (Decreto-Lei 3.688/41). Seu artigo 14 considerava perigosos os condenados por condutas vagamente tipificadas (passíveis de inúmeras interpretações) e com implicações claramente discriminatórias: vadiagem ou mendicância. O próprio Decreto determinava a exclusão social dos indivíduos indesejáveis, dispendo, em seu artigo 15, que eles deveriam ser “internados em

colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional, pelo prazo mínimo de um ano”.

O artigo 59 da LCP era ainda mais evidente: deveria ser punido todo aquele que, no entender da autoridade do momento, entregava-se “habitualmente à ociosidade, sendo válido para o trabalho, sem ter renda que lhe assegure meios bastantes de subsistência, ou prover à própria subsistência mediante ocupação ilícita”. E, assim, como anuncia Daniela Arbex (2013), “os deserdados sociais chegavam a Barbacena de vários cantos do Brasil [...] Muitos nem sequer sabiam em que cidade tinham desembarcado ou mesmo o motivo pelo qual foram despachados para aquele lugar”. “Assim é que cada louco furioso era trancado em uma alcova na própria casa, e não curado, mas descurado até que a morte o vinha desfraldar do benefício da vida.” (ASSIS, 1984).

Nos anos que se seguiram a 1964, conforme aponta Augusto Cesar de Faria Costa (2001), ficou evidente o viés carcerário e exclusivo do novo regime. Em 1971, havia 72 hospitais psiquiátricos públicos e 269 privados, com 80.000 leitos; em 1981, 73 públicos e 357 privados, com 100.000 leitos. O ritmo de expansão da rede hospitalar psiquiátrica só começou a diminuir a partir da redemocratização do país e do início do processo de Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Quando se fala em Reforma Psiquiátrica, é impossível separá-la da proposta de redução de parâmetros fixados internacionalmente, tais como o número de hospitais psiquiátricos, de leitos, de internações psiquiátricas e do tempo médio de permanência nos hospitais. Sem dúvida, trata-se da consequência mais visível e óbvia da ideia de desinstitucionalização do paciente com deficiência mental.

Em teoria, a redução das internações, motivada por inegáveis indícios de deficiência dos hospitais psiquiátricos, combinada com o aparecimento do “institucionalismo” (manifestação de incapacidades como resultado do isolamento e da atenção em asilos distantes), por si só, representam uma resposta satisfatória do

sistema às deformações decorrentes da busca aleatória do diferente e do tratamento do excluído.

Porém, a realidade é que, embora parte das internações ao longo da história tenha sido motivada exclusivamente pela dificuldade de o homem lidar com abnormalidades, o restante era voltado a pessoas que, em menor ou maior medida, possuíam algum tipo de deficiência mental real.

Por essa percepção, a Reforma Psiquiátrica possui outros parâmetros fixados a nível mundial que vão além da redução de leitos. Adentra-se na necessidade de aumentar a disponibilidade de serviços alternativos extra hospitalares, que ofereçam à população uma medicina psiquiátrica mais sofisticada e inclusiva.

No Brasil, as mudanças no tratamento do paciente psiquiátrico são perceptíveis a partir de 1990, quando o país se tornou signatário da Declaração de Caracas, que se propõe a reestruturar a assistência psiquiátrica a partir das seguintes percepções básicas:

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo; 2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

A Declaração consubstancia-se, basicamente, em uma manifestação de repúdio ao (então) modelo tradicional de atenção à saúde mental e em uma exposição de intenções de reformas legais e normativas, voltadas aos “Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação” em prol de uma assistência psiquiátrica de viés comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo.

No entanto, apenas em 2001, a legislação brasileira se ajustou ao novo modelo e abandonou a normativa até então vigente, datada de 1934⁴. Com efeito, em 6 de abril de 2001, foi finalmente sancionada a Lei 10.216/2001, redirecionando e reformulando todo o modelo assistencial em saúde mental. Entre outras providências, a referida lei: 1) atribuiu ao Estado a responsabilidade quanto ao desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (art. 3º); 2) determinou que a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (caput do art. 4º); 3) estipulou que o tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio (art. 4º, §1º); e 4) previu que a situação do paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, seria objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Depreende-se, pois, que a Reforma Psiquiátrica vai além de uma reformulação da prática assistencialista, consubstanciando-se em um processo muito mais complexo, que exige, a um só tempo, mudanças nos serviços de saúde e transformações drásticas nas esferas política, econômica, administrativa e social, de maneira a possibilitar a reinserção psicossocial do indivíduo doente e a inserção da comunidade no sistema de assistência à saúde mental.

Como expõe Amartya Sen (2000), o êxito de uma sociedade deve ser avaliado através das liberdades substantivas que os indivíduos desfrutam. Para Sen, “o que as pessoas conseguem realizar é influenciado por oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e por condições habilitadoras, como boa saúde, educação básica e incentivo e aperfeiçoamento de iniciativas”. No momento em que inúmeros têm sua atuação limitada (suas liberdades cerceadas)

⁴ Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934, que dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dava outras providências.

pela vontade de poucos, em prol de uma sociedade produtiva ideal, essa mesma sociedade não pode ser considerada desenvolvida.

Sob essa perspectiva, fechar hospitais, reduzir leitos e incentivar a desinstitucionalização não atendem sozinhos à nova proposta de assistência ao paciente com deficiência mental. Fechar hospitais psiquiátricos sem alternativas comunitárias é tão perigoso quanto criar leitos sem pensar na desospitalização sustentável e inclusiva.

4 O FECHAMENTO DOS MANICÔMIOS E OS RESIDENTES PERMANENTES

Segundo John Rawls (2003), para que as escolhas sociais sejam justas e eficientes, é necessário que os indivíduos, ao tomarem decisões que atinjam a todos, desconheçam sua situação (posição original), em relação a todos os atributos e necessidades que possam vir a ter. Trata-se do “Véu da Ignorância”. Não são permitidas quaisquer informações sobre sexo, nacionalidade, classe social, saúde, projetos de vida e aspirações. A ignorância sobre as posições sociais garantiria neutralidade às escolhas, que seriam pautadas em um critério puramente racional de maximização do mínimo (*MAXMIN*). Evidentemente, não obstante o desconhecimento sobre a situação, seria imprescindível que todos soubessem o que seria bom para o grupo de indivíduos, e que todos seriam iguais, pois se partiria da concepção de sociedade como um sistema equitativo de cooperação entre pessoas livres e iguais”. Rawls escreveu a “Teoria da Justiça” em 1971. Em certa medida, seu pensamento passou a inspirar o exercício de pensar a sociedade sob uma perspectiva não individualista.

A concepção de justiça e a ideia de igualdade de Rawls respaldam fortemente a luta antimanicomial na contemporaneidade. Com efeito, a extensa rede de vínculos aleatórios e a complexidade das relações sociais dos tempos hipermodernos fazem do futuro uma sequência absolutamente imprevisível. Afinal, “nada tenho que ver com a ciência; mas, se tantos homens em quem supomos juízo são reclusos por dementes, quem nos afirma que o alienado não é o alienista?” (Machado de Assis, *O Alienista*).

Destarte, a partir da Reforma Psiquiátrica, iniciou-se o repúdio ao leito psiquiátrico e às instituições de tratamento da saúde mental existentes, sem nenhuma estratégia concreta de atendimento ao paciente egresso. A Lei 10.216/2001 definiu somente uma redução gradual dos leitos psiquiátricos. Contudo, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a Portaria 52, estabelecendo o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH). Estipulou-se então a sistemática de realização da redução: os hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos contratados/conveniados pelo SUS deveriam reduzir progressivamente seus leitos, de acordo com limites que atendessem às necessidades de garantia de assistência adequada.

Também se instituiu uma nova classificação dos hospitais psiquiátricos, baseada no número de leitos contratados/conveniados ao SUS, com novos valores de remuneração das diárias hospitalares. Determinou-se outrossim o redirecionamento dos recursos financeiros para a rede extra hospitalar de saúde mental. Logo depois, no ano de 2005, em Auditoria de Natureza Operacional realizada pelo Tribunal de Contas da União, consignou-se o resultado dos estudos de análise da rede de assistência à saúde mental:

Os trabalhos demonstraram que há problemas no processo de desospitalização, a saber: insuficiência da rede extra-hospitalar; alto número de pacientes asilares; deficiências na desinstitucionalização das pessoas portadoras de transtorno mental; falta de garantia da aplicação dos recursos gerados pela diminuição de leitos na saúde mental no financiamento dos serviços da rede extra-hospitalar; conselhos de saúde pouco atuantes nas ações de saúde mental; distribuição descontínua de medicamentos essenciais; distribuição intempestiva de medicamentos de alto custo; e ausência de articulação da maioria das coordenações de saúde mental com o Poder Judiciário, Ministério Público e Conselho Tutelar.

Dez anos mais tarde, a situação não é diferente.

De acordo com um estudo do Conselho Federal de Medicina, publicado em 20 de março de 2017, em onze anos, o Brasil perdeu 38,7% dos leitos de internação psiquiátrica para atendimento de pacientes no âmbito da rede pública. Em 2005, eram 40.942 unidades. Em dezembro de 2016, os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) computavam apenas 25.097 leitos. Por outro lado, o mesmo estudo aponta que, nesses onze anos, o Governo criou apenas 10.502

alternativas consideradas comunitárias, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e vagas no programa “Volta para casa”.

Especificamente em Fortaleza, conforme informações obtidas nos autos da Ação Civil Pública n. 0806154-76.2017.4.05.8100, conquanto tenham sido fechados mais de 400⁶ leitos psiquiátricos desde o início do movimento de desinstitucionalização, a Secretaria Municipal de Saúde - SMS esclareceu que atualmente existem somente quatorze CAPS instalados no município, sendo que apenas três deles são unidades do tipo III (com atendimento 24 horas e possibilidade de internação temporária). Dentre elas, apenas uma unidade atende a pacientes com transtorno/sofrimento mental sem perfil de uso de entorpecentes. Ainda mais, por meio da mesma Ação Civil Pública, revelou-se que 23 pacientes se encontravam internados em hospitais psiquiátricos no Município (18 deles com mais de cinco anos de internação), embora possuíssem perfil de desinstitucionalização “assistida pelo Estado”, ou seja, eram candidatos aptos à moradia em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), conforme definidos na Portaria 3.090/2011, do Ministério da Saúde.

Segundo a Portaria, os SRTs caracterizam-se como uma modalidade de moradia destinada apenas àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais.

Francisco, o Chico da introdução deste trabalho, é o primeiro da lista de espera. Trata-se de um paciente sem registro de nascimento e sem registro de entrada no sistema de saúde mental. A primeira anotação formal de sua existência aconteceu em 2001, ano da Reforma Psiquiátrica. Foi batizado por médicos e, ainda hoje, não existe para o Estado, muito menos para a sociedade.

Além dessa lista, existe outra ainda mais extensa, também de pacientes com internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos). Trata-se de egressos de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, que ainda não foram considerados carentes de vínculos familiares e sociais, apesar de não estarem sendo amparados para fins de desinstitucionalização.

⁶ Desses, foram 80 do Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC), 103 da Clínica de Saúde Mental Doutor Suliano, 160 do Hospital Mira y Lopez (vendido em 2012) e seis do Hospital São Gerardo

Com foco nesses pacientes, em 2003, por meio da Lei 10.708/2003, o Governo Federal criou o Programa Volta para Casa, instituindo o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas

Porém, segundo dados do próprio Ministério da Saúde, o programa Volta para Casa conta hoje com apenas cerca de 2600 beneficiários em todo o território nacional. Estima-se que esse número abrange apenas um terço dos pacientes com longa permanência de institucionalização.

Além de Chico, um ponto cego para qualquer política governamental de apoio, há diversos casos de pacientes com vínculos familiares insuficientes para a reinserção social.

Um estudo publicado em 2013 (PEREIRA, PERROCA, & MUKAI, 2013), demonstra a relação entre longa permanência e escolaridade (e, conseqüentemente, renda). Identificou-se uma quantidade significativa de analfabetos entre os moradores da instituição investigada (57,1%), o que leva à conclusão de que a baixa escolaridade intensifica a condição de exclusão social.

Surge, então, uma modalidade radical de subcidadão, termo concebido por Jessé Souza (A construção social da subcidadania, 2006). Trata-se de uma “gigantesca “ralé” de inadaptados às demandas da vida produtiva e social modernas, constituindo-se numa legião de “imprestáveis”, no sentido sóbrio e objetivo deste termo, com as óbvias conseqüências, tanto existenciais, na condenação de dezenas de milhões a uma vida trágica sob o ponto de vista material e espiritual, quanto sociopolíticas, como a endêmica insegurança pública e a marginalização política e econômica desses setores”.

5 PROTEÇÃO SOCIAL DOS EGRESSOS DE INTERNAÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA EM INSTITUIÇÕES PSQUIÁTRICAS

Para a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovada pelo Brasil por intermédio do Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de

2008, “as pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, com interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”. O novo modelo de deficiência foi reproduzido pela legislação interna após a edição da 12.470/2011, que alterou a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/93). Até então, associava-se a deficiência à incapacidade para o trabalho e para a vida independente.

No Brasil, a principal fonte da qual se extraem os parâmetros jurídicos de proteção às pessoas com deficiência mental é a Constituição Federal de 1998. É nela onde estão positivados os princípios fundamentais de proteção do ser humano (art. 7º, inc. XXXI, art. 23, inc. II, art. 24, inc. XIV, art. 37, inc. VIII, art. 203, inc. IV e V, art. 208, III, art. 227, § 1º, inc. II, e § 2º).

No plano infraconstitucional, o mais relevante instrumento normativo é a (já citada) Lei nº. 10.216/2001, que tratou da Reforma Psiquiátrica em âmbito nacional. Porém, também são relevantes, no que tange à inclusão educacional e social: a) a Lei nº. 7.713, de 22.12.1988, que confere isenção de imposto de renda sobre os proventos de aposentadoria ou reforma percebidos por pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como sobre os valores recebidos a título de pensão; b) a Lei nº. 8.742, de 07.12.1993, que regulamenta o benefício assistencial de prestação continuada; c) a Lei nº. 9.394/1996, que define as diretrizes e bases da educação, especialmente no que trata da educação especial; d) a Lei nº. 10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações; e) o Decreto nº 5.296/2004, que estabeleceu normas e critérios para a promoção da acessibilidade às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida; f) a Lei 13.146/2015, que instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Nesse contexto, a Lei 13.146/2015, o último diploma normativo voltado especificamente à pessoa com deficiência, dispõe, expressamente, que “toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação” (artigo 4º, *caput*). Mais do que isso, considera discriminação, em razão da deficiência, toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar,

impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas” (artigo 4º, § 1º).

De fato, quando se fala em proteção social, é inevitável agregar a esse conceito a noção de defesa da igualdade à luz do sentido emancipatório postulado por Boaventura de Sousa Santos (2003):

[...] temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.

Destarte, deve o Estado, na busca pela “compatibilidade (e até complementaridade) entre desenvolvimento econômico e proteção social” (SANTOS, 2013) implementar políticas públicas e sociais com o objetivo de defender uma igualdade que, reconhecendo as diferenças, não alimente as desigualdades. Por essa linha, a proteção social dos egressos de internações de longa permanência em instituições psiquiátricas obviamente perpassa pela questão do direito à saúde, mas a ela não se limita e não pode ser com ela identificada.

Não obstante o enfoque da proteção do Estado aos pacientes psiquiátricos provoque uma discussão e uma investigação interdisciplinar profunda acerca do direito fundamental à saúde, este inserido no contexto em que os regramentos normativos nem sempre coincidem com os planos da vida, urge estabelecer que o escopo deste trabalho não é a defesa do direito ao tratamento psiquiátrico adequado, mas a análise acerca da reinserção social daqueles que foram excluídos da sociedade sob o argumento (por vezes falacioso) de preservação da própria saúde.

Para Boaventura de Sousa Santos (Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências, 2002), não existe uma maneira única ou unívoca de não existir, porque são várias as lógicas e os processos através dos quais a razão metonímica produz a não-existência do que não cabe na sua totalidade e no seu tempo linear. Há produção de não-existência sempre que uma dada entidade é desqualificada e tornada invisível, ininteligível ou descartável de um modo irreversível.

Para o sociólogo português (SANTOS, Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências, 2002), as principais formas sociais de inexistência produzidas ou legitimadas são o ignorante, o residual, o inferior, o local e o improdutivo. As realidades que elas conformariam estão apenas presentes como obstáculos em relação às realidades que contam como importantes, sejam elas realidades científicas, avançadas, superiores, globais ou produtivas.

O residente de longa permanência na instituição psiquiátrica – em um extremo, o Chico, da introdução do trabalho – sempre teve a tendência de ser esquecido (conscientemente) pela sociedade, transformando-se, assim, em um inexistente (sob a perspectiva daquele que só existe como obstáculo à realidade social produtiva). Como diria Boaventura (SANTOS, Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências, 2002), ele é o que existe “sob formas irreversivelmente desqualificadas de existir”.

Martha Nusbaum (2013), em seu livro *Fronteiras da Justiça*, bem expressa as dificuldades no acolhimento das pessoas com deficiência:

A tendência persistente de todas as sociedades modernas é a de denegrir a competência das pessoas com impedimentos, assim como seu potencial de contribuição para a sociedade. Em parte, porque o apoio total para suas habilidades é muito custoso, é mais fácil evitar a evidência de que pessoas com impedimentos graves podem, na verdade, em muitos casos, chegar a alto nível de funcionalidade. O uso de termos que sugerem a inevitabilidade e “naturalidade” de tais impedimentos mascara a recusa em se gastar o suficiente para mudar amplamente a situação das pessoas com impedimentos [...]. A estratégia para descartar os gastos necessários consistia em caracterizar as pessoas com impedimentos como permanente e inevitavelmente dependentes dos outros.

Nesse sentido, em que pese a enorme quantidade de ferramentas normativas de proteção à pessoa com deficiência mental, muitas vezes tem sido mais fácil ao Estado caracterizar um paciente de longa permanência no hospital (muitas vezes de entrada não rastreável) como portador de impedimento irreversível e sem possibilidade de (re)inserção social. Essa perspectiva da Administração Pública, que dita escolhas operacionais relevantes para a assistência à saúde mental, pode ser observada na escolha de algumas políticas públicas. Um bom exemplo é a previsão

da possibilidade de unidades de assistência psiquiátrica (CAPS tipo III⁸), com serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana, com a ressalva (relevante) de que somente haveria incentivo financeiro⁹ na hipótese de atendimento a pessoas com necessidades relacionadas a álcool e outras drogas, deixando-se de lado o paciente psiquiátrico clínico.

Outros exemplos dessa perspectiva decorrem (1) da inexistência de uma estratégia pública para a concessão de amparos assistenciais para pacientes psiquiátricos destituídos de curador voluntário (da família ou de organizações sociais próprias), (2) da ausência de políticas públicas nacionais de acompanhamento domiciliar ao egresso de instituições psiquiátricas e de prontuário (eletrônico) único, de forma a viabilizar o “rastreamento” dos ingressos e dos reingressos do paciente no sistema hospitalar da saúde mental e, finalmente, (3) da racionalização de seu tratamento e a falta de incentivo financeiro para a instalação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

É verdade que, quando se fala em políticas públicas, especialmente na área da proteção social, é recorrente o discurso (do Poder Público) da “reserva do possível”. De acordo com essa noção (de origem alemã da metade do século XX), “a efetividade dos direitos sociais a prestações materiais estaria sob a reserva das capacidades financeiras do Estado, uma vez que seriam direitos fundamentais dependentes de prestações financiadas pelos cofres públicos” (SARLET & FIGUEIREDO, 2008). Em outras palavras, tais direitos dependeriam da concreta e discricionária disponibilidade de recursos financeiros estatais, a partir de decisões sintetizadas no orçamento público.

Sob esse viés, a formatação de uma assistência tão ampla quanto a necessária no caso (e exigida em lei) demandaria escolhas que poderiam repercutir em decisões estatais a serem adotadas (ou, no caso, rejeitadas) em outros pontos do sistema (não só na área da saúde pública).

No entanto, é possível vislumbrar uma solução para o caso inspirada na teoria do *Second Best*, de Lipsey e Lancaster (1956). Esta teoria, pensada com foco em decisões econômicas, defende, em linhas gerais, que, se uma condição ótima em um

⁸ Através da Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde

⁹ Portaria 130/2012, entre outras, do Ministério da Saúde.

modelo econômico não pode ser satisfeita, é possível que a *next-best* (segunda melhor solução) envolva mudar variáveis estranhas ao que, a princípio, poderia ser considerado o cenário perfeito. Assim, se a conjuntura política ou econômica desfavorece (e desmotiva) escolhas voltadas a um alcance de uma solução ideal, é possível exigir-se do Estado a adoção de outras ações, ainda que elas se afastem dos pressupostos idealizados prioritariamente.

Isso não significa que a teoria do *Second Best* seja um subterfúgio (legítimo) para a ineficiência estatal na busca do que deveria ser a primeira opção. Trata-se, ao invés, de uma alternativa razoável (e, em certa medida, ótima) para os pacientes esquecidos (no sentido de que não foram atingidos pela opção governamental) que precisam ser alvos de políticas públicas reais.

Destarte, partindo do pressuposto de que há omissão do Estado e levando-se em consideração a inafastável ideia de equilíbrio entre direito prestacional e a disponibilidade orçamentária, sugerem-se as seguintes medidas concretas: a) a instituição de um cadastro nacional obrigatório de pacientes psiquiátricos de média e longa permanência (acima de um ano); b) a instituição de uma política nacional específica voltada ao (re)estabelecimento dos laços familiares e sociais, se existentes; c) no caso de existência de curador constituído e recebimento de benefício assistencial ou previdenciário, criação de mecanismos eficientes de fiscalização da destinação dos recursos; d) instituição de uma política nacional específica de desinstitucionalização assistida do curatelado, sob pena de revisão da curatela; e) na hipótese de inexistência de laços sociais e familiares, estipulação de uma “curatela pública”, de forma a possibilitar o recebimento de benefícios previdenciários ou assistenciais que viabilizem a desinstitucionalização do paciente, seja para residência solitária, seja para residências terapêuticas custeadas pelo Estado, com a utilização de todo (ou parte) da renda mensal percebida.

CONCLUSÃO

A história do homem com a loucura é, desde o início da civilização, a história da tolerância com a diferença (Costa, 2001). Essa história ocupa-se não apenas de

abusos físicos e psicológicos, mas também de exclusão e de negação da própria condição humana do paciente mental. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica, iniciada na metade do século XX, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propôs-se a construção de uma rede de serviços e estratégias inclusivas e pretensamente libertárias.

No Brasil, as mudanças no tratamento do paciente psiquiátrico são perceptíveis a partir de 1990, quando o país se tornou signatário da Declaração de Caracas. Porém, apenas em 2001, a legislação brasileira se ajustou ao novo modelo e abandonou a normativa até então vigente, datada de 1934.

Não obstante a mudança legislativa, percebeu-se que o Estado brasileiro adotou uma postura de inércia em relação à Reforma Psiquiátrica. Reduziu leitos e hospitais psiquiátricos de forma drástica, mas não planejou estratégias de assistência extra-hospitalar correspondentes e numericamente proporcionais à eliminação dos postos de internação.

Portanto, a despeito do número considerável de ferramentas normativas de proteção à pessoa com deficiência mental, muitas vezes tem sido mais fácil (e financeiramente mais interessante) ao Estado caracterizar um paciente de média e longa permanência no hospital (muitas vezes de entrada não rastreável) como portador de impedimento irreversível e sem possibilidade de (re)inserção social.

Seguramente, existe a possibilidade de revisão das políticas públicas de amparo à deficiência mental, de modo a viabilizar a desinstitucionalização imediata e (mais) eficiente do paciente psiquiátrico sem a desestabilização financeira do sistema.

REFERÊNCIAS

ARBEX, D. (2013). **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial.

ASSIS, M. d. (1984). **O Alienista**. Rio de Janeiro: Três livros e Fascículos.

COSTA, A. C. (2001). Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: M. I. Aranha, & S. B. Tojal, **Curso de especialização à eistância para membros do Ministério Pública e da magistratura federal**: programa de apoio ao fortalecimento do controle social no SUS. Brasília: Faculdade de Direito da UnB.

LIPSEY, R., & LANCASTER, K. (1956). *The General Theory of Second Best*. **Review of Economic Studies**, 11-32.

NUSBAUM, M. (2013). **Fronteiras da Justiça: Deficiência, Nacionalidade, Pertencimento à espécie**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

PEREIRA, M. O., PERROCA, M. G., & MUKAI, H. A. (2013). Instituição psiquiátrica de longa permanência: perfil de pacientes e indicadores de recursos humanos. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 33-40.

RAWLS, J. (2003). **Justiça como Equidade**. São Paulo: Martins Fontes.

SANTOS, B. d. (Outubro de 2002). Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 237-280.

SANTOS, B. d. (2003). **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.

SANTOS, B. d. (04 de 01 de 2013). Estado social, Estado providência e de bem-estar. **Diário de Notícias**.

SARLET, I. W., & FIGUEIREDO, M. F. (Julho de 2008). Fonte: **Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008**: <http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/61269>

SEN, A. (2000). **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras.

SOUZA, J. (2006). **A construção social da subcidadania**. Belo Horizonte: Editora UFMG.

SOUZA, J. (2015). **A Tolice da Inteligência Brasileira**. São Paulo: Le Ya Editora Ltda.