



**SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA ANÁLISE DO
MUNICÍPIO DE ARAÇATUBA/SP**

**MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL ATTENTION: AN ANALYSIS OF
THE MUNICIPALITY OF ARAÇATUBA / SP**

Marco Antonio Oliveira Branco¹

Angelo Camargo Dalben²

RESUMO: A Reforma Psiquiátrica questiona o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental e propõe a construção de redes de atenção psicossocial substitutivas, de base territorial e privilegiando o cuidado em liberdade de seus usuários. No Brasil, está vigente a Lei 10.216/2001 que redireciona o modelo de atenção a pessoas com transtorno mental, além de outras normativas que determinam a internação psiquiátrica como medida excepcional, com reflexos no âmbito cível e penal. Este artigo analisa o processo de construção da rede de atenção psicossocial em Araçatuba com base na legislação e literatura pertinentes. Compreende-se que, apesar dos avanços recentes, o município precisa acelerar seu processo de Reforma Psiquiátrica para garantir cuidado qualificado em liberdade às pessoas em sofrimento mental e seus familiares.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Psicossocial; Reforma Psiquiátrica; Lei 10.216/2001.

¹ Psicólogo da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM) e doutorando em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). É professor do Centro Universitário Toledo Araçatuba (UNITOLEDO).

² Graduado em Direito pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), especialista em Direito Processual Civil pelo Instituto Brasileiro de Direito Processual (IBDP) e Defensor Público do Estado de São Paulo.

ABSTRACT: The Psychiatric Reform questions the hospital-centered model of mental health care and proposes the construction of substitute psychosocial care networks, based on a territorial basis and privileging the freedom care of its users. In Brazil, Law 10.216 / 2001 is in force, which redirects the model of care for people with mental disorders, in addition to other regulations that determine psychiatric hospitalization as an exceptional measure, with consequences in the civil and criminal spheres. This article analyzes the process of building the psychosocial care network in Araçatuba based on relevant legislation and literature. It is understood that, despite recent advances, the municipality needs to accelerate its Psychiatric Reform process to ensure qualified care in freedom for mentally ill people and their families.

Key words: Mental health; Psychosocial Attention; Psychiatric Reform; Law 10.216 / 2001.

INTRODUÇÃO

Desde meados do século XX há um debate sobre a atenção a pessoas em sofrimento mental e/ou em uso problemático de drogas, bem como a suas famílias, considerando um modelo de saúde complexo que, além do corpo das pessoas, considere também suas relações sociais e garanta cuidado em liberdade. Apesar disso, ainda é prevalente a concepção de que a internação psiquiátrica duradoura e que prive a pessoa em sofrimento de convívio social é a única forma de tratamento disponível e eficaz. Apesar de não ser recente, é um debate atual e com diversos reflexos nas políticas públicas.

Este artigo busca analisar o caso concreto do município de Araçatuba na construção da sua rede de atenção psicossocial, que busca superar o modelo centrado na internação em hospital psiquiátrico. Para isso, realizamos um breve resgate histórico da construção da Reforma Psiquiátrica, debatemos as alterações legislativas dela decorrentes e suas aplicações no âmbito judicial e, por fim, analisamos o processo em curso no contexto local com base nas dimensões propostas por Amarante (2007).

1. REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A forma como são prestados cuidados às pessoas em sofrimento mental e suas famílias tem se modificado ao longo da História. A atenção à saúde mental é perpassada por construções científicas e políticas em cada sistema de saúde. No Brasil, com apenas alguns anos de vigência do Sistema Único de Saúde (SUS), o atual modelo assistencial à saúde mental caracteriza-se pelo princípio do tratamento no território realizado em redes, com preservação dos vínculos familiares e comunitários dos usuários.

Contudo, as redes de atenção à saúde mental, apesar de inovadoras, carecem ainda de consolidação como um projeto de saúde potente e permanente. Tais redes devem ser construídas baseadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que redireciona o modelo de assistência, através de um inequívoco propósito de oferecer atendimento em saúde sem excluir os usuários do convívio social.

A Reforma Psiquiátrica é um movimento que congrega modificações no modelo de atenção à saúde mental. Teve seu início na segunda metade do século XX, particularmente a partir dos anos 60 e 70, com o questionamento ao modelo asilar.

A Psiquiatria enquanto especialidade da ciência médica foi constituída a partir do século XVIII e XIX, tendo como um de seus principais expoentes o médico francês Phillipe Pinel. Até esse período, ao longo da História, há registros de espaços institucionais destinados à segregação de grupos indesejados, como leprosos, “loucos” (ainda não se tratava de uma classificação nosológica³), prostitutas, pobres, ociosos, etc. Tais locais, em sua maioria afastados dos povoados e cidades, contavam com estruturas para impedir a saída e circulação dessas pessoas, justamente para cumprir o objetivo de mantê-las longe, pois significavam um risco para a população em geral. A finalidade de tais práticas era afastar os “indesejados”. A interpretação vigente, baseada em argumentos religiosos, considerava essas pessoas como “amaldiçoadas” e, portanto, deveriam ser mantidas afastadas.

Pinel, a partir do século XVIII, passa a construir uma classificação dos transtornos mentais, em uma tentativa de propor um conhecimento especializado sobre os ditos “loucos”, para distingui-los de outros grupos segregados, e então propor-lhes um

³ A nosologia é o ramo da ciência médica que estuda e classifica as doenças.

tratamento baseado na ciência médica. A Psiquiatria então se consolida. Os argumentos da especialidade médica que surgiu apontavam que a loucura era uma doença, e como tal, haveria explicações científicas para ela. As causas da doença mental poderiam ser físicas (uma pancada na cabeça, uma característica hereditária) ou morais (paixões em excesso), com predominância destas últimas (BOARINI, 2006).

Nesse momento histórico, a loucura passa a ser compreendida pelo prisma da ciência médica que produzia suas classificações nosológicas psiquiátricas. Contudo, o tratamento proposto não implicava na libertação dos pacientes com transtornos mentais. Ao contrário, os espaços institucionais onde eram mantidas segregadas essas pessoas passam a ser especializados, transformando-se em manicômios ou hospitais psiquiátricos, onde esses pacientes poderiam ser observados, classificados e tratados conforme o modelo da época. Mantê-los internados significava oferecer-lhes o tratamento moral para libertar-lhes do excesso de paixões descontroladas que experimentaram. O saber científico médico-psiquiátrico passa a ser o definidor do tratamento dispensado.

Apesar do avanço da abordagem científica, práticas consideradas terapêuticas na época passaram a ser utilizadas: camisa-de-força, eletrochoque, correntes. Não havia medicamentos psiquiátricos, criados apenas nos anos 1950. Essa organização do modelo assistencial contribuiu para construir a representação social de que a pessoa com transtorno mental deve ser contida e mantida internada, pois não haveria outra forma de oferecer-lhe tratamento.

Esse paradigma psiquiátrico, com um argumento de suposto cuidado, vai produzir uma série de violências contra pessoas em sofrimento mental. Os manicômios passam a ficar superlotados de pacientes, muitos submetidos a condições degradantes de existência.

Ao longo do tempo, os profissionais de saúde passam a tecer severas críticas à forma violenta de tratamento dispensada, inclusive questionando a centralidade do saber psiquiátrico, e um novo paradigma sobre a atenção à saúde mental passa a ser configurado. Esses questionamentos são impulsionados pelas agruras das duas grandes guerras mundiais, quando os hospitais psiquiátricos são comparados aos campos de concentração nazistas, e o alto custo e a baixa resolutividade dos manicômios são colocados em evidência.

A Reforma Psiquiátrica, como o nome indica, vai reconstruir o modelo assistencial, modificando a forma de entendimento técnico e político sobre a loucura e construindo novas práticas de atenção. É resultado de uma série de críticas ao paradigma psiquiátrico tradicional ao longo do século XX, como a Antipsiquiatria⁴ e a Psiquiatria Democrática Italiana⁵, esta última a que mais influenciou os trabalhadores de saúde mental brasileiros.

Esse movimento de reconstrução de paradigma vai preconizar a atenção às pessoas em sofrimento mental de forma mais ampla e complexa, não envolvendo apenas o saber médico-psiquiátrico, mas considerando uma série de outras ciências, em uma perspectiva integral e interdisciplinar. A pessoa com transtorno mental passa a ocupar papel de destaque nas definições de sua própria vida, à maneira particular de cada uma. Considera-se que o “louco” é uma pessoa que precisa ter seus direitos respeitados e não ser reduzida a um diagnóstico nosológico psiquiátrico.

Nessa perspectiva, não podem mais ser admitidos, em nome do cuidado, práticas que resultem na privação da liberdade da pessoa em sofrimento mental, sobretudo nas condições degradantes ora descritas. O foco das práticas de atenção aponta para a garantia do convívio social e comunitário. Cuidar não pode mais ser sinônimo de prender.

O Brasil repete em nível local a História da Atenção à Saúde Mental, mesmo que de forma lenta e contraditória. O primeiro Hospital Psiquiátrico do país foi inaugurado em 1852. Trata-se do Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Antes não havia atendimento especializado à loucura. Após esse período, o país desenvolve o modelo da psiquiatria de Philippe Pinel, baseado nas internações psiquiátricas em manicômios por prazo indeterminado. Muitos pacientes que lá ingressavam permaneciam até a morte, em sua maioria com perda total de vínculos familiares (BOARINI, 2006).

Durante quase todo o século XX há uma expansão dos hospitais psiquiátricos pelo território brasileiro. Até 1965 foram criados 135 hospitais psiquiátricos no país, sendo que

⁴ A Antipsiquiatria tem como expoentes os médicos psiquiatras Ronald Laing e David Cooper e preconiza que a experiência dita patológica não ocorre no corpo e mente do indivíduo, mas nas relações entre ele e a sociedade. Entende que não existe doença mental tal como uma entidade natural entendida pela Psiquiatria, mas uma experiência particular do sujeito com o ambiente social. Nessa concepção, o hospital psiquiátrico radicalizaria as mesmas estruturas opressoras e patogênicas da sociedade (AMARANTE, 2007).

⁵ Franco Basaglia é o protagonista da Psiquiatria Democrática Italiana que surgiu naquele país nos anos 60. Entende que o manicômio é uma instituição de controle não apenas físico, mas de saberes e práticas que fundamentam o isolamento, segregação e patologização da experiência humana. Propõe abolir estas instituições e substituí-las por serviços em rede de base comunitária, com a participação de pessoas em sofrimento mental, familiares e população em geral, para (re)significar o lugar social da loucura na própria cidade (AMARANTE, 2007).

entre 1965 e 1981 esse número foi ampliado para 430, com 105 mil leitos psiquiátricos (BOARINI, 2006). O arsenal “terapêutico” reproduzia as condições internacionais com camisa-de-força, eletrochoque, isolamento e mesmo lobotomia⁶, praticada em larga escala no Brasil entre os anos 30 e 60.

Apenas nos anos 70 e 80, concomitante ao Movimento da Reforma Sanitária que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo asilar de atenção à saúde mental é questionado sistematicamente no Brasil. Alguns trabalhadores da saúde mental começam a denunciar as violações de direitos humanos que os pacientes sofriam cotidianamente naquelas instituições e começaram a empreender uma nova forma de cuidado que não prescindisse da inclusão social de pessoas em sofrimento mental.

Consolida-se nesse período o Movimento da Luta Antimanicomial e novas estratégias de atenção às pessoas em sofrimento mental passam a ser construídas no Brasil, buscando a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

Nessa perspectiva, redes de atenção psicossocial são criadas com o objetivo de oferecer assistência em saúde a pessoas em sofrimento mental e suas famílias em substituição ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos. São formadas por serviços públicos de base territorial articulados nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades Básicas de Saúde (UBS) pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), entre outros. Quando há necessidade de internação psiquiátrica tal medida deve ser realizada em leitos psiquiátricos em hospital geral ou nos CAPS III (modalidade que funciona 24 horas), pelo menor tempo necessário, rompendo com o modelo de segregação.

O desafio das redes de atenção psicossocial é oferecer cuidado sem prescindir da liberdade e do convívio social. Os usuários dos serviços devem ser o referencial da atenção, respeitando sua autonomia e o vínculo com os profissionais de saúde e comunidade. Para Luzio (2011, p. 154), redes substitutivas de saúde mental devem “[...] buscar a criação de espaços coletivos concretos destinados à circulação da fala e da escuta, da experiência, da expressão, do fazer concreto e da troca, do desvendamento de sentidos, da elaboração e da tomada de decisão”.

⁶ A lobotomia é uma intervenção cirúrgica realizada no cérebro em que são cortadas as ligações entre as regiões pré-frontais e o tálamo. Procedimento irreversível, lesava o funcionamento cerebral sob o argumento de controle de sintomas de transtornos mentais graves. Encontra-se abolida, principalmente após a descoberta dos psicofármacos antipsicóticos.

Não é tarefa fácil, sobretudo quando nossa história é predominantemente marcada pela lógica manicomial asilar, de exclusão da pessoa em sofrimento mental. Cuidar sem excluir exige a defesa inescusável dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Não basta encerrar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, é preciso garantir assistência de qualidade no território e romper com a ideia de que o “louco” tem um lugar isolado, longe dos espaços de todas as pessoas.

Como se trata de um processo histórico, há uma série de contradições no campo da saúde mental. Mesmo atualmente, cerca de 60 anos após o início do Movimento da Reforma Psiquiátrica, em muitas localidades há ausência ou insuficiência da rede de atenção psicossocial. Ainda há hospitais psiquiátricos em funcionamento, mesmo em municípios e regiões onde os serviços substitutivos já foram criados, configurando intensa resistência na superação do modelo asilar.

Amarante (2007) propõe pensar a Reforma Psiquiátrica e as transformações (avanços e retrocessos) da atenção psicossocial como um processo complexo constituído de quatro dimensões interligadas entre si: teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual concerne às concepções sobre saúde, doença e loucura construídas pelas ciências. Atualmente, é preciso repensar o lugar social da loucura em nossa sociedade e compreendê-la como um processo mais amplo, envolvendo as relações sociais e políticas, não limitado ao modelo biomédico da Psiquiatria em seus primórdios, que ainda mantém sua força, de localizar apenas no indivíduo os transtornos mentais, como uma má formação ou déficit, através de um saber supostamente neutro e inequívoco de especialistas.

Sendo necessário pensar os cuidados a pessoas em sofrimento mental que não se definem apenas por uma classificação nosológica de seu transtorno, é imperativo construir serviços de atenção organizados em rede que sejam espaços de promoção de saúde, que promovam acolhimento e inserção social, e não sejam locais de segregação e controle. O autor denomina essa dimensão de técnico-assistencial.

Já a dimensão político-jurídica diz respeito ao arcabouço legislativo que trata da atenção à saúde mental e que baliza a construção de políticas públicas. Também se refere à forma como o Poder Judiciário toma decisões envolvendo a temática. A legislação

brasileira é repleta de conceitos que inferiorizam as pessoas em sofrimento mental tais como periculosidade e incapacidade civil, ou seja, ora o “louco” é tido como perigoso no âmbito penal, ora é incapaz de gerir sua própria vida, no contexto civil. É preciso, então, que a legislação e sua aplicação sejam revistas para uma perspectiva de garantia de direitos e promoção de cidadania das pessoas que necessitam de atenção psicossocial.

A última dimensão colocada pelo autor é a sociocultural. Para Amarante (2007), além das três dimensões anteriores, é preciso mudar a forma como a população concebe e se relaciona com a loucura. Em uma expressão corrente no Movimento da Luta Antimanicomial, é necessário “desconstruir nossos manicômios internos”, isto é, romper com a concepção de que as pessoas em sofrimento mental são inferiores e devem ser mantidas apartadas das outras. É possível garantir o direito ao convívio social a todas as pessoas, não de forma descomprometida, mas cuidadosa, com oferta qualificada de serviços públicos de atenção à saúde mental.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E JUSTIÇA

Passados mais de quinze anos desde a edição da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), questões sobre a luta antimanicomial ou reforma psiquiátrica ainda são frequentes no cenário de trabalho dos diversos profissionais que lidam com a temática. A luta que se inaugurou principalmente pelas mãos dos trabalhadores de saúde mental, como já abordado no tópico supra, ainda é constante e está em movimento, como um processo social complexo, na linha do que expõe Amarante (2007).

Por isso sempre deve estar na ordem do dia, principalmente quando uma reforma legal enfrenta dificuldade de produzir uma reforma cultural: mudam-se as leis, mas há dificuldade de alteração das práticas. Nesse sentido, é comum encontrar quem acredite ser a internação em hospital psiquiátrico a principal - senão a única - maneira de conferir tratamento àquele que sofre de algum transtorno mental. E ao lado desses, não se pode esquecer, há ainda os que acreditam, de forma acrítica, que o tratamento da questão no âmbito penal deve ocorrer com a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

Foi nesse cenário de luta que veio a ser editada a Lei Federal nº 10.216/2001. Tratou dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo de

prestação do serviço público em saúde para esse público. Apesar de algumas críticas, teve o mérito de posicionar a internação como último recurso passível de eleição, orientando o tratamento para formas extra-hospitalares, preferencialmente junto à sociedade e família. Em uma importante mudança de olhar, tirou o foco do tratamento em hospitais psiquiátricos e o transferiu para cuidados em meio aberto.

A internação, que passou a ser tratada como exceção, foi mantida em três modalidades: voluntária; involuntária; e compulsória. A primeira é aquela em que o próprio paciente dirige-se a um equipamento de saúde e solicita tratamento. De outro lado, não tão simples são as internações involuntárias⁷, pois nessas modalidades o paciente não quer ou não tem condições de consentir com a internação, caso esteja com sua capacidade de decisão prejudicada. Na involuntária o pedido é em regra formulado por um terceiro (como um familiar), levando-se a efeito a internação por decisão médica, sem que haja consentimento do paciente. Já a compulsória é determinada por ordem judicial, sendo a necessidade dessa intervenção justamente um de seus pontos controvertidos, pois se o médico pode internar involuntariamente o paciente, então não haveria necessidade de se obter ordem para essa finalidade.

Para além dessa questão, não se pode deixar de observar que as internações involuntária e compulsória conflitam com o direito à liberdade e autodeterminação (artigo 5º, *caput*, Constituição Federal), pois não se leva em consideração a vontade do paciente, que acaba relegado ao mero papel de objeto do tratamento, quando deveria ser seu protagonista. Também há violação ao princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1º, III, CF) na medida em que hospitais psiquiátricos podem não oferecer condições mínimas de higiene e salubridade, sujeitando os pacientes a condições degradantes⁸ (BRASIL, 1988).

Ainda pela perspectiva do direito material aplicável, as internações involuntárias também devem ser discutidas sob a lógica do Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei 13.146/2015 - (BRASIL, 2015) e as intervenções havidas no Código Civil, especificamente sobre o regime jurídico da capacidade. Absolutamente incapazes, agora, serão somente os

⁷ Aqui englobadas a compulsória e a involuntária propriamente dita.

⁸ Bem por isso, não se pode esquecer da previsão do artigo 15 do Código Civil (BRASIL, 2002), o qual dispõe que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.

menores de dezesseis anos (artigo 3º), sendo revogada a previsão de incapacidade dos deficientes intelectuais sem discernimento para a prática de atos da vida civil. Por essa razão, referido Estatuto estabelece que a deficiência não retira a plena capacidade da pessoa (artigo 6º), caindo por terra, portanto, por analogia, a pretensão de argumentar que o sujeito que se pretende ver internado é totalmente incapaz.

Sob a ótica processual, primeiramente é preciso se atentar sobre a legitimidade para a propositura da ação. Como visto, o sujeito em sofrimento mental não é, a princípio, absolutamente incapaz, razão pela qual não se pode pretender conferir legitimidade às pessoas listadas no artigo 747 do Código de Processo Civil⁹. O Ministério Público, de outro lado, também não deve ser considerado legitimado para a ação. É que embora esteja em seu plexo de atribuições a defesa dos interesses individuais indisponíveis, não é adequada a argumentação de que a legitimidade decorreria da indisponibilidade do direito à saúde, pois também é indisponível o direito à liberdade e o de autodeterminar-se, incluindo-se aqui o direito a não se submeter a tratamento¹⁰.

Em segundo lugar, a medida judicial deve ser analisada sob o prisma do interesse enquanto condição para a propositura da ação nos termos do artigo 17 do Código de Processo Civil. Como colocado, se a medida internação somente deve ocorrer quando já buscados os recursos extra-hospitalares e após laudo médico circunstanciado sobre a necessidade da medida, então não haveria necessidade de intervenção judicial, pois o próprio médico poderia ter prescrito a internação. Em verdade, a utilização da internação compulsória pode estar a esconder uma demanda por serviços públicos de saúde mental e não efetivamente a internação em hospital especializado.

Ainda resta tratar de um assunto extremamente importante: a medida de segurança e a forma do Direito Penal lidar com o indivíduo em sofrimento mental quando em conflito com a lei. Como previsto no artigo 26 do Código Penal,

⁹ Importante observar, de acordo com o artigo 18 do Código de Processo Civil (BRASIL, 2015), que “ninguém poderá pleitear direito alheio em nome próprio, salvo quando autorizado pelo ordenamento jurídico”. Logo, ausente a hipótese em que há legitimidade para se pleitear a interdição, os familiares daquele que se pretende internar não poderão buscar em Juízo a medida internação compulsória.

¹⁰ Sobre a legitimidade do Ministério Público para demandar a internação compulsória, Monteiro (2016, p. 208), citando o Recurso Extraordinário nº 496.718, pondera que “o Supremo Tribunal Federal decidiu não ser o Órgão possuidor de legitimidade ativa, sob o fundamento de não se tratar de interesse social indisponível, ou de defesa da ordem pública, ou do regime democrático (art. 127, CF/88)”. No entanto, mais adiante pondera que “não se pode olvidar que há decisões de tribunais estaduais acolhendo a legitimidade ativa do Ministério Público (em sede de ação civil pública) para pleitear a internação compulsória de portador de transtorno mental” (2016, p. 210).

[...] 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” (BRASIL, 1940).

Discutindo o tema, Carvalho (2015) esclarece que se trata de hipótese consistente em inimputabilidade psíquica¹¹. Esclarece que coexistem no ordenamento jurídico dois sistemas de responsabilidade criminal: um fundado na culpabilidade, para o qual, havendo imputabilidade, há previsão de pena; e outro fundamentado na periculosidade, que leva ao binômio inimputabilidade/medida de segurança. Para o primeiro, “a noção de sujeito (responsável) decorre da constatação de sua capacidade de compreensão e de escolha: conhecimento da ilegalidade da conduta e dos seus efeitos; opção livre e consciente pelo ilícito” (2015, p. 501). Se ele é capaz de compreender e decidir, então a pena poderá servir para reprovar sua conduta.

Já para o segundo sistema,

[...] o sujeito perigoso, ou dotado de periculosidade, seria aquele que, diferentemente do culpável, não possui condições mínimas de discernir a situação em que está envolvido, sendo impossível avaliar a ilicitude do seu ato e, conseqüentemente, atuar conforme as expectativas de direito (agir de acordo com a lei) (CARVALHO, 2015, p. 502).

Nesse caso, a pena em nada servirá porque se incapaz de entender as conseqüências de sua ação, certamente não compreenderá a reprovação. Passa, assim, a ser tratado como perigoso e por isso a medida adequada é o tratamento¹².

O Código Penal, em sua parte geral que foi reformulada no ano de 1984, estabelece a internação – cumprida em hospital de custódia e tratamento – e o tratamento ambulatorial como medidas cabíveis aos que forem considerando inimputáveis (art. 96). Curiosamente, a aplicação da internação ocorre para os crimes cuja pena seja de reclusão, ao passo que o

¹¹ Para ele: “Neste cenário, o direito penal brasileiro trabalha com distintas respostas jurídicas aos autores de condutas consideradas ilícitas: primeira, aplicação de pena ao imputável; segunda, aplicação de pena reduzida ou de medida de segurança ao semi-imputável; terceira, aplicação de medida de segurança ao inimputável psíquico; quarta, aplicação de medida socioeducativa ao inimputável etário (adolescente em conflito com a Lei)” (CARVALHO, 2015, p. 499-500).

¹² No primeiro sistema (da culpabilidade), teremos um prisioneiro que será recolhido em uma penitenciária. Já para o segundo (da periculosidade), haverá um paciente que será forçadamente internado para tratamento. Embora o esquema legal, na prática a diferença entre internação e prisão é diminuta, senão inexistente. Sobre a realidade dos hospitais de custódia e tratamento, consultar CORDEIRO e LIMA (2014).

tratamento ambulatorial é reservado aos delitos sancionados com detenção. Não há avaliação sequer sobre a necessidade da medida, resultando a aplicação de uma ou outra simplesmente conforme a modalidade detentiva prevista no tipo penal.

No entanto, todo esse sistema de responsabilização do inimputável está em conflito com a Reforma Psiquiátrica promovida pela Lei 10.216/2001. A primeira incompatibilidade já é observada com a mudança terminológica consistente em substituição da palavra “doença” por “sofrimento” mental. A pessoa em sofrimento deve ser visto como sujeito de direito de direitos (vários, conforme parágrafo único, art. 2º, da Lei) e não mais como mero objeto de tratamento. Como bem colocado por Carvalho (2015), esse giro terminológico implica modificação no próprio modo de se enxergar a periculosidade, pois agora o indivíduo não mais pode ser considerado como absolutamente incapaz.

Embora os limites deste artigo não permitam avançar na discussão, apenas é preciso consignar que o reconhecimento do indivíduo com transtorno mental como capaz resultará na necessidade de se discutir uma forma diferenciada de responsabilização penal, como brevemente desenvolve Carvalho (2015), o que requererá da dogmática penal novas formulações em termos de teoria geral do delito¹³. Mas inescapável nesse momento é a conclusão de que as internações em hospital de custódia e tratamento já não se coadunam com o ordenamento jurídico vigente, uma vez que o artigo 4º, parágrafo terceiro, da Lei 10.216/2001 veda a internação em instituições com características asilares.

Restará ao juiz, se ainda entender que a pessoa com transtorno mental é inimputável e, por isso, deve ser submetida à medida de segurança, observar o conteúdo normativo do artigo 4º, para o qual a internação somente é cabível quando os recursos extra-hospitalares não forem suficientes. Logo, deverá inicialmente optar pelo tratamento em meio aberto por meio de equipamentos de saúde, junto à família e comunidade, caminhando nesse sentido as Resoluções números 4/2010 (CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, 2010) e 113/2010 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010).

¹³ “O novo cenário não impediria, inclusive, pensar, por ex., na exclusiva responsabilização do portador de sofrimento psíquico no âmbito civil ou na esfera administrativa. Neste espaço alheio ao jurídico-penal, a finalidade de intervenção judicial seria destinada ao estabelecimento dos critérios de compensação da vítima pelos danos materiais e morais causados pela conduta ilícita, sem qualquer necessidade de ingerência das agências de punitividade” (CARVALHO, 2015, p. 532).

O caminho irreversível, assim como vem acontecendo com a extinção dos hospitais psiquiátricos, é o fim dos hospitais de custódia e tratamento. No Estado de São Paulo ainda existem três unidades, duas no Município de Franco da Rocha e outra em Taubaté, mas todas com número de internos dentro da capacidade¹⁴. Para contribuir com esse fim, em 2014 o Ministério da Saúde editou a Portaria 94¹⁵ (BRASIL, 2014), por meio da qual “instituiu o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. O objetivo da norma é conferir tratamento no âmbito do SUS, impedindo internações e contribuindo para a desinternação progressiva de pessoas que estejam internadas por força de medida de segurança em hospitais psiquiátricos ou de custódia e tratamento (art. 4º, VII).

3. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ARAÇATUBA

Araçatuba é um município localizado no interior do Estado de São Paulo, região noroeste. Tem população estimada em 193.828 habitantes (IBGE, 2016).

Conforme discorrido anteriormente, o movimento da Reforma Psiquiátrica data da década de 60 e 70 no século XX. A Lei 10.216/2001, após debates no Congresso Brasileiro, está vigente desde início dos anos 2000. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram normatizados pelo Ministério da Saúde no ano seguinte, a partir de experiências dos serviços já em funcionamento nesse modelo (BRASIL, 2004).

Apesar dessas mudanças, o município de Araçatuba vem passando por um processo de reformulação do modelo de atenção à saúde mental bastante lento. O Hospital Psiquiátrico Benedita Fernandes foi criado em 1932, por iniciativa da fundadora de mesmo nome, promotora de ações filantrópicas. Por várias décadas, essa instituição foi predominante na oferta de atenção à saúde mental, em um modelo centralizado nas

¹⁴ Conforme informações obtidas no endereço eletrônico da Secretaria da Administração Penitenciária: < <http://www.sap.sp.gov.br/>>. O que não é possível afirmar é se existem indivíduos submetidos à medida de segurança em unidades prisionais comuns. Mas essa é uma discussão que, no momento, escapa aos limites deste artigo.

¹⁵ No Estado de São Paulo, a Secretaria de Saúde aderiu à política por meio de comunicado veiculado no Diário Oficial, Poder Executivo – Seção I, pág. 73, 17/12/2014.

internações psiquiátricas. Até 2009, o município de Araçatuba contava apenas com esse serviço conveniado ao SUS, além de um Ambulatório Regional de Saúde Mental.

Em decorrência desse modelo, as pessoas em sofrimento mental permaneciam internadas em hospital psiquiátrico por vários anos ou, mais recentemente, alternavam períodos em internação e assistidas pelo Ambulatório, em um ciclo continuado. É bastante comum encontrar pessoas que apresentam histórico de numerosas internações psiquiátricas. Não havia trabalhos consistentes de base territorial, de inclusão social e cuidado a essas pessoas.

Apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, o município de Araçatuba continuava operando por décadas a partir de uma concepção de atenção à saúde mental em que o hospital psiquiátrico era imprescindível, não havendo transformação da dimensão teórico-conceitual entre parte dos profissionais e gestores de saúde.

Em que pese a produção científica criticando a visão acerca da pessoa com transtorno mental como alguém que devesse ser isolado como única alternativa de tratamento, os gestores públicos de Araçatuba não empreendiam grandes esforços para a implantação de serviços substitutivos ao manicômio, resistindo às mudanças necessárias na dimensão técnico-assistencial.

Apenas em 2009 o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) é implantado no município de Araçatuba. Esse serviço é uma modalidade de CAPS especializada para atender usuários com uso problemático de álcool e outras drogas e seus familiares. O Ministério da Saúde orienta que a rede de atenção psicossocial de um município deve começar a ser instalada pela modalidade de CAPS destinada ao atendimento das pessoas com transtorno mental (I, II ou III, de acordo com o número de habitantes)¹⁶, justamente para atuar como um serviço que pudesse superar o modelo hospitalocêntrico. Após esse início de organização, de acordo com o porte de cada município, haveria a possibilidade de implantar CAPS especializados, como o AD (Álcool e Drogas) e o i (Infantil, que atende demandas específicas de saúde mental do público infante-juvenil). O município de Araçatuba não seguiu esse caminho.

Em novembro/2015, o Hospital Psiquiátrico Benedita Fernandes encerrou suas atividades e o município ainda não contava com serviços substitutivos suficientes para

¹⁶ Conforme Portaria GM n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004).

atender com qualidade os usuários e suas famílias (TV TEM, 2015). Há um significativo lapso temporal entre a proposta de mudança do modelo assistencial, que começa na década de 80, com fundamento legal aprovado em 2001, e a concretização de uma rede de atenção psicossocial articulada efetivamente substitutiva aos hospitais psiquiátricos no município de Araçatuba.

A rigor, podemos falar em início de uma concretização da rede de atenção psicossocial no município, que ainda não está concluída após tantos anos de Reforma Psiquiátrica.

No início de 2017, foi implantado um CAPS i e está previsto o início das atividades de um CAPS III (para atendimento de pessoas com transtornos mentais graves) para abril desse ano, que pretende funcionar 24 horas por dia, ininterruptamente, com oferta de leitos para internação psiquiátrica de curta permanência. Também se pretende que o CAPS-AD passe da modalidade II (com funcionamento nos períodos matutino e vespertino, em dias úteis) para a III (24 horas ininterruptas operando). Além desses serviços, foi anunciada a instalação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), destinados a oferecer moradia a pacientes que permaneceram internados por vários anos em hospitais psiquiátricos e perderam totalmente os vínculos familiares. Ainda seriam necessários leitos psiquiátricos em hospital geral, unidades de acolhimento, consultórios de rua, entre outros serviços.

Mas não basta apenas instalar os serviços. É preciso que uma rede de atenção psicossocial seja horizontal e articulada, tendo as necessidades do usuário em sofrimento mental como direcionadoras. É imprescindível olhar o usuário para além do seu diagnóstico psiquiátrico ou uso de álcool e/ou drogas. É necessário compreender as relações familiares e seus vínculos comunitários. Em outras palavras, é preciso considerar o território das pessoas como espaço de habitação e convivência, onde as pessoas se relacionam cotidianamente. Serviços especializados como os CAPS's não conseguirão tal amplitude de atuação sem a articulação com as Unidades Básicas de Saúde e as equipes de Estratégia de Saúde da Família, na Atenção Básica, que estão mais próximas dos usuários e funcionam como porta de entrada do SUS, além dos serviços de outras políticas públicas como assistência social, cultura, trabalho, entre outras.

Para redes de atenção psicossocial realizarem toda sua potência de cuidado e promoção de cidadania, é imprescindível profissionais e gestores de saúde capacitados,

com amplo domínio dos princípios da Reforma Psiquiátrica. O modelo de atenção em saúde mental de base comunitária nunca será paradigmático se tais profissionais ainda basearem suas práticas no modelo hospitalocêntrico, indicando a internação psiquiátrica como primeira e mesmo única forma de oferta de tratamento. As transformações no âmbito da dimensão teórico-conceitual são necessárias para construir estratégias criativas de cuidado, apesar das dificuldades existentes na estrutura de serviços públicos. Isso exige um esforço bastante intenso de construir mudanças no cotidiano na superação de um modelo que estava consolidado.

Na dimensão político-jurídica, ainda percebemos uma predominância dos Juízos na emissão de decisões judiciais que determinam internações psiquiátricas compulsórias, nos âmbitos cível e penal. Em sua maioria, o Sistema de Justiça tem acolhido acriticamente as solicitações de familiares no âmbito cível, imbuídas do entendimento construído historicamente de que a medida de internação é a única forma de tratamento para pessoas em sofrimento mental. No âmbito penal, ainda é hegemônico o conceito de periculosidade que embasa internações psiquiátricas como medidas de segurança. Essas decisões judiciais caminham na contramão do Movimento da Reforma Psiquiátrica, provocando retrocessos na consolidação de um sistema de saúde mental que garanta cuidado em liberdade.

CONCLUSÃO

Embora decorridos mais de quinze anos desde a edição da Lei 10.216/2001, os temas luta antimanicomial e reforma psiquiátrica devem ser revisitados para que todos possam ter a oportunidade de compreender que a internação de pessoas em sofrimento mental como primeira ou única opção, causados ou não pelo uso abusivo de álcool ou outras drogas, não é o caminho legalmente previsto.

As dimensões propostas por Amarante (2007) são facetas de um mesmo processo social, não há como pensar em transformar o modo como a população em geral se relaciona com as pessoas em sofrimento mental (dimensão sociocultural) se não houver mudanças concomitantes e interdependentes nas dimensões teórico-conceitual, político-jurídica e técnico-assistencial.

O município de Araçatuba, após décadas de retrocesso no campo da atenção à saúde mental, precisa acelerar seu processo de Reforma Psiquiátrica, com vistas à garantia de oferta de cuidado em liberdade às pessoas em sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BARROS, D. M.; SERAFIM, A. P. **Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil**. Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2009, vol. 36, n. 4. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 mar. 2017.

BOARINI, M. L. **A loucura no leito de Procusto**. Maringá: Dental Press, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 20 mar. 2017.

_____. **Decreto-Lei n. 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em 5 mar. 2017.

_____. **Lei Complementar n. 80**, de 12 de janeiro de 1994. Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp80.htm. Acesso em 20 mar. 2017.

_____. **Lei n. 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 9 abril 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em 5 mar. 2017.

_____. **Lei n. 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jan. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em 5 mar. 2017.

_____. **Lei n. 13.105**, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 17 mar. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm>. Acesso em 5 mar. 2017.

_____. **Lei n.º 13.146**, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em 20 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 94**, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html>. Acesso em 5 mar. 2017.

CARVALHO, S. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. – São Paulo: Saraiva, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução n. 113/2010**. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/resolucao/rescnj_113.pdf>. Acesso em 5 mar. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA – CNPCP. **Resolução n. 4**, de 30 de julho de 2010. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2 ago. 2010. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-4-de-30-de-julho-de-2010.pdf>>. Acesso em 5 mar. 2017.

CORDEIRO, Q.; LIMA, M. G. A. (org.). Hospital de custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=75> Acesso em 4 de março de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Portal Cidades@ - Araçatuba**. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350280>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

LUZIO, C. A. **Atenção Psicossocial: reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil**. In: BOARINI, M. L. (org.) Desafios na atenção à saúde mental. 2ª Ed. Maringá: Eduem, 2011. pp. 145-174

MONTEIRO, F. H. **A internação psiquiátrica compulsória: na perspectiva dos direitos humanos e fundamentais**. 1. ed. – Curitiba: Editora Prismas, 2016.

TV TEM. **Hospital psiquiátrico em Araçatuba corta convênio e vai fechar as portas**. Notícia veiculada no portal de notícias G1 em 11 de novembro de 2015. Disponível em <<http://g1.globo.com/sao-paulo/sao-jose-do-rio-preto-aracatuba/noticia/2015/11/hospital-psiquiatrico-em-aracatuba-corta-convenio-e-vai-fechar-portas.html>>. Acesso em: 26 fev. 2017.