

Caminhos possíveis para a Desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia¹

Gérica Branco dos Santos (Desinstitute)²

1. Resumo

A Res. 487/2023, do CNJ, propõe a desinstitucionalização de hospitais de custódia. O material referência deste resumo, “Desinstitucionalização, da saída do manicômio a vida da cidade: estratégias de gestão e de cuidado”³, publicado pelo Desinstitute, destaca que o fechamento de hospitais de custódia não representa desassistência, apontando quatro eixos estratégicos: a) inspeções, vistorias e avaliação dos hospitais quanto às garantias de direitos humanos e normativas assistenciais; b) regulação das internações psiquiátricas e fechamento da porta de entrada; c) realização de gestão pública clínica ou clínico-administrativa do hospital, na perspectiva da desinstitucionalização e d) fechamento dos leitos psiquiátricos e realocação dos recursos da autorização de internação hospitalar. No âmbito jurídico, a celeuma é aplicação da medida de segurança, com o destaque sobre a inconstitucionalidade e inconveniência do instituto, em razão da decisão pela Corte Interamericana no caso Damião Ximenes.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Resolução 487/2023; Hospitais de Custódia

2. Introdução

A Resolução 487/2023, do CNJ, propõe a urgente desinstitucionalização de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP, apontando prazos, mecanismos e fundada em um vasto conjunto de legislações nacionais na temática, tais como a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com deficiência, a de Combate a Tortura, a lei de nº 10.216/2001, a Lei nº 13.146, bem como o ponto resolutivo 8 da sentença proferida pela Corte Interamericana no Caso Damião Ximenes Lopes.

¹ VIII ENADIR GT05. Crime e loucura

² Mestranda em Estudos da Condição Humana – Ufscar/Sorocaba

³ Publicação digital em <https://desinstitute.org.br/documento/desinstitucionalizacao-da-saida-do-manicomio-a-vida-na-cidade-estrategias-de-gestao-e-de-cuidado.pdf?x90810> . Realização: Desinstitute; Pesquisa e Redação: Marcela Lucena e Enrique Bessoni.

Portanto, não há inovação legal em tal resolução. No entanto, há um grande entrave quando se fala em desinstitucionalização de HCTPs, seja na fundamentação jurídica, seja por decisão política a respeito.

O material referência deste resumo, “Desinstitucionalização, da saída do manicômio a vida da cidade: estratégias de gestão e de cuidado”, publicado pelo Desinstitute neste ano, destaca que o fechamento de hospitais de custódia não representa desassistência e demanda decisão política, que garanta um conjunto de ações que promova o fortalecimento da RAPs (Rede de Atenção Psicossocial).

Não se trata de procedimentos que envolva tão somente o judiciário mas, também o Poder Executivo. Diante disso, o material de referência indica quatro eixos estratégicos:

- a) inspeções, vistorias e avaliação dos hospitais quanto às garantias de direitos humanos e normativas assistenciais;
- b) regulação das internações psiquiátricas e fechamento da porta de entrada;
- c) realização de gestão pública clínica ou clínico-administrativa do hospital, na perspectiva da desinstitucionalização e
- d) fechamento dos leitos psiquiátricos e realocação dos recursos da autorização de internação hospitalar.

No âmbito jurídico, a celeuma é aplicação da medida de segurança. O Código Penal indica que, com a absolvição imprópria, caberá medida de segurança que poderá ser executada de duas maneiras, pelo tratamento ambulatorial ou internação. O escopo legal é o tratamento da especial condição de saúde do sentenciado ou da pessoa que já cumpra pena em estabelecimento penal e sobrevenha demanda em saúde mental.

No entanto, bem se sabe que o efeito prático está bem longe de atingir qualquer nível de cuidado em saúde, ao contrário, submete pessoas já em estado de especial vulnerabilidade a uma condição mais degradante.

Não bastasse, torna-se a medida de segurança também inconstitucional porque submete forçosamente alguém a internação médica. É também inconveniente diante da decisão exarada no caso Damião Ximenes Lopes, que deu azo a diversas legislações internas. Trata-se de um caso paradigmático, pois, além de envolver mérito em saúde mental, também

fora a primeira condenação interamericana do Brasil, que há décadas busca a desinstitucionalização em nosso país.

O fim dos HCTPs também não representa a irresponsabilidade e a injustiça diante de fatos que possam ser tidos como criminosos, mas, ao contrário, propiciará o cuidado e a abordagem necessária em saúde, fortalecendo as RAPs por todo o país. Merece destaque ainda que a Lei de nº 10216 indica que não cabe em nosso país internações em instituições asilares, o que afronta diretamente a existência dos HCTPs até os dias atuais.

Há iniciativas estaduais que merecem destaque, como o PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR – PAILI, que busca a reforma psiquiátrica desde 2006 no estado de Goiás, que conseguiu fechar os hospitais de custódia estaduais, mudando o olhar e a forma de abordagem e acompanhamento de pessoas que cometam fato tipificado como crime e que possuam demandas em saúde mental, Outra iniciativa é o PAI-PJ, criado há 23 anos em Minas Gerais, que propicia atuação em conjunto entre judiciário e equipes multidisciplinares.

Ambos exemplos demonstram a viabilidade de um acompanhamento ao longo do processo criminal, oferecendo atenção integral e intersetorial na rede pública de saúde, pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Haroldo Caetano, promotor de justiça do MP/GO,

Desde sua criação em 2006, o PAILI acolheu 589 pessoas submetidas à medida de segurança por juízos criminais de diversas comarcas de todas as regiões do Estado de Goiás, segundo dados de 22 de maio de 2017, oriundos do PAILI.

(...)

o Programa dispara soluções de atendimento no próprio território de residência do paciente, o que, aliás, **deriva dos princípios que orientam o tratamento, que deve ser feito preferencialmente em meio aberto, e de seu objetivo maior, que é a reinserção social, conforme dispõe a Lei 10.216/2001.**

A partir da criação do PAILI, as pessoas com transtorno mental submetidas à medida de segurança no Estado de Goiás passaram a ser direcionadas para a Rede de Atenção Psicossocial e demais serviços de saúde e de assistência social, seguindo protocolos convencionados, de sorte que o Programa, instituído com destinação exclusiva para o público em medida de segurança, acompanha os pacientes no âmbito do Sistema Único de Saúde e também do Sistema Único de Assistência Social, o que acontece por meio do trabalho de sua equipe técnica de forma integrada e articulada com a rede de atenção primária, nos municípios onde não há atenção especializada em

saúde mental, e com outros serviços que possam assegurar o melhor atendimento disponível para esses indivíduos⁴.

São diversas as evidências, como se verá no presente trabalho, bem como de fundamentos jurídicos sólidos que demonstram que a criação de serviços que sejam territorializados, abertos e comunitários são possíveis na construção de processos que visem o fim dos manicômios judiciários.

3. Movimentos de desinstitucionalização

O documento referenciado no presente trabalho possui o escopo de influenciar e respaldar tecnicamente o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental comunitária, ancorado em evidências, nos princípios democráticos, na garantia de direitos fundamentais e humanos de todas as pessoas, bem como na defesa do Sistema Único de Saúde.

Diante disso, o material avalia processos de desinstitucionalização exitosos e em com o poder executivo pode traçar trabalhos que visem o fechamento de institucionais manicominais. Dentre essas, estão, também, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, destinados as pessoas com demanda mental que estejam em conflito com a lei.

Conforme indica a introdução do material de referência deste trabalho:

O manicômio reforça estigmas, fragiliza e produz rupturas de vínculos afetivos e sociais nos contextos de vida da pessoa internada, caminhando, portanto, na contramão de qualquer dimensão de cuidado em saúde.

Marcados por uma dinâmica institucional pautada na assimetria de poder e que produz violência, podemos compreender os manicômios como instituições de violência que se caracterizam pela:

[...] nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz uma relação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade (BASAGLIA, 1985, p. 101, grifo do autor).

Como refere Kinoshita (2016), aos sujeitos loucos, é atribuída a condição de não humano, dada certa desapropriação do corpo e da linguagem, produzida e legitimada pelo manicômio. Essa produção

⁴ CAETANO, Haroldo. Loucos por Liberdade. Goiânia: Escolar Editora, 2019, p. 188/189.

ocorre em uma complexa cadeia de eventos e situações sociais, envolvendo diversas instituições pelas quais o processo se dá como em um circuito, em que o manicômio exerce um papel estratégico no processo de exclusão e de normalização da vida (BRASIL, 2016, p. 3).

Tais elementos não refletem apenas uma estrutura, mas também uma lógica e uma dinâmica que repercutem na vida das pessoas. É essa repercussão que pode ser compreendida como o processo da institucionalização, a saber:

[...] o complexo de “danos” derivados de uma longa permanência coagida como aquela no hospital psiquiátrico, quando a instituição baseia-se em princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, dos quais as regras que o doente deve submeter-se incondicionalmente são expressão, determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (BASAGLIA, 1981 apud NICÁCIO, 2003, p. 108).

É no enfrentamento dessas circunstâncias que a desinstitucionalização se consolida como um processo permanente, crítico e inventivo. Para Basaglia (1985), trata-se de uma ruptura a ser realizada através do desmonte do aparato manicomial, mediante a transformação das relações e dos lugares que as pessoas ocupam. Esse aparato se estende para além do lugar físico, sendo uma lógica que precisa ser repensada e modificada continuamente.⁵

Vemos, nos processos de luta antimanicomiais, grande embate dentro do âmbito civil para fechamento de instituições asilares conhecidas popularmente como manicômios. São diversos os motivos, não criminais, que levam a internação de uma pessoa em locais desta natureza.

No entanto, a internação de pessoas em HCTPs lhe conferem camada extra de estigmatização: o de criminosos. Além de loucos, também são delinquentes. Se o sistema penal como um todo já se apresenta excruciante e promove processos de ausência de subjetividade e estigmatização, pensemos em quais os efeitos deletérios imagináveis de uma pessoa tida como criminosa e louca.

Bem se sabe que o Supremo Tribunal Federal - STF -, na ADPF 347 de 2015, definiu o conceito de “Estado de Coisas Inconstitucional” nos presídios do país, em razão de violações sistemáticas, sistêmicas e estruturais no sistema penal.

⁵ Desinstitucionalização. Da saída do Manicômio a vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado, Desinstitute, 2023. Página 12. Disponível em <https://desinstitute.org.br/documento/desinstitucionalizacao-da-saida-do-manicomio-a-vida-na-cidade-estrategias-de-gestao-e-de-cuidado.pdf?x90810> . Acesso em 31/07/2023

Em publicação, o STF dispôs que:

O Plenário anotou que no sistema prisional brasileiro ocorreria violação generalizada de direitos fundamentais dos presos no tocante à dignidade, higidez física e integridade psíquica. As penas privativas de liberdade aplicadas nos presídios converter-se-iam em penas cruéis e desumanas. Nesse contexto, diversos dispositivos constitucionais (artigos 1º, III, 5º, III, XLVII, e, XLVIII, XLIX, LXXIV, e 6º), normas internacionais reconhecedoras dos direitos dos presos (o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos e Penas Cruéis, Desumanos e Degradantes e a Convenção Americana de Direitos Humanos) e normas infraconstitucionais como a LEP e a LC 79/1994, que criara o Funpen, teriam sido transgredidas.

ADPF 347 MC/DF, rel. Min. Marco Aurélio, 9.9.2015. (ADPF-347).⁶

Não se trata de objeto do presente trabalho, porém, podemos utilizar referido caso para pensarmos em como o HCTPs conseguem superar o insuperável: ser mais degradantes e violadores de Direitos Humanos que um presídio, bem como de um manicômio que abrigue pessoas que não estejam em conflito com a lei.

3.1. Do fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

A Resolução 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça, institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução de medida de segurança.

Pelos “considerandos” expostos no texto normativo, fácil a comprovação de que a resolução não inova o ordenamento jurídico nacional, apenas indicando a regulamento de processos já existentes em alguns estados da federação (como o PAILI e o PAI-PJ já citados anteriormente), visando a garantia efetiva de Direitos Humanos de pessoas custodiadas em HCTPs.

Ainda, busca entrar em consonância com diversos diplomas internacionais, especialmente visando cumprir integralmente a sentença proferida contra o Brasil no Caso

⁶ Retirado da disponibilização pública no sítio eletrônico:

<https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo798.htm#Sistema%20carcer%C3%A1rio:%20estado%20de%20coisas%20inconstitucional%20e%20viola%C3%A7%C3%A3o%20a%20direito%20fundamental%20-%206>, visto em 31/07/2023.

Damião Ximenes Lopes, que em seu Ponto Resolutivo 8 determina que o Estado brasileiro desenvolva programa de formação e capacitação para pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme padrões internacionais sobre a matéria.⁷

Logo em seu primeiro artigo, a Res. 487/23 assim indica:

Art. 1º Instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réis ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população.

Já o famigerado artigo 18 do documento indica que:

Art. 18. No prazo de 6 (seis) meses contados da publicação desta Resolução, a autoridade judicial competente determinará a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e, em até 12 (doze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições.

O período para aplicação deste dispositivo indica que o judiciário e o executivo, em ações conjuntas, precisam empreender esforços, concretos, para o fechamento do HCTPs. Nesta linha fora as discussões realizadas do I Seminário Internacional de Saúde Mental, oportunidade em que a Ministra Rosa Weber assinou protocolo conjunto com o executivo, representado pela diretora do Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Sônia Barros.

Farta é a comprovação da legitimidade jurídica sobre o fechamento dos HCTPs, não carecendo de mais inovações, sendo necessário passos práticos para que o país como um todo rume definitivamente a isso.

Diante disso, o terceiro capítulo do material de referência deste trabalho dispõe que:

A necessária direcionalidade para o fechamento dos hospitais nos processos de desinstitucionalização configura-se como um eixo central e demanda decisão política, uma vez que só assim é possível vislumbrar

⁷ Quarto “considerando” da resolução.

diferentes caminhos para que a gestão entre na unidade hospitalar e se debruce sobre os vários problemas advindos do processo de institucionalização psiquiátrica.

A decisão política em prol de processos de desinstitucionalização está diretamente associada ao poder e à posição dos agentes do Executivo que compõem as instâncias do SUS, especialmente aqueles que têm a condição de gestão plena do sistema. Essa tomada de decisão consiste em realizar abordagens relativas:

- ao lugar simbólico e imaginário que a instituição com característica asilar ocupa no meio social;
- aos melindres decorrentes das relações políticas que a instituição com característica asilar pode apresentar no território onde está inserida;
- às negociações dos recursos financeiros necessários para efetivação dos processos de desinstitucionalização;
- ao estabelecimento de cuidados e à viabilização de possibilidades concretas de retirar as pessoas do hospital para a vida comunitária, o que remete sempre a uma mediação com diretores, corpo técnico dessas instituições e familiares das pessoas institucionalizadas.

Cada uma das dimensões anteriormente citadas apresentará graus diferentes de dificuldades que dependerão de múltiplos fatores, a saber: da configuração do hospital (se público ou privado), do alinhamento político no âmbito da gestão em torno da concepção da desinstitucionalização e, por fim, da intensidade das forças existentes nos territórios, aquelas contrárias e favoráveis ao processo de desinstitucionalização.

Daí a importância da decisão política, porque ela garante um contínuo de ações e intervenções que podem até ser modificadas quanto à sua metodologia, mas sempre na perspectiva de garantia da efetivação do processo em curso.

A experiência brasileira e os consensos internacionais⁸ apontam a decisão e a habilidade política como elementos-chaves nos processos de desinstitucionalização. Isso pressupõe uma capacidade:

- de análise da situação e das forças envolvidas;
- de otimização do tempo e das brechas favoráveis que emergem das realidades locais para alavancar processos dessa natureza;
- de flexibilidade para efetivar mudanças ante as demandas situacionais e, o mais importante, de materializar essa capacidade em estratégias concretas que possam produzir a transformação da realidade.

Como podemos observar, o fechamento do HP e HCTP engendra um emaranhado de questões. Portanto, tentaremos agora articular, para cada um dos hospitais mencionados, possíveis estratégias operacionais,

⁸ Citação dos pesquisadores e redatores: Registrados em documentos elaborados pela Fiocruz e Fundação Calouste Gulbenkian (2015), OMS (WORLD...; GULBENKIAN..., 2014) e OPS (2020).

pelas possibilidades legais, normativas e de financiamento disponíveis no Brasil. Destacamos que tais estratégias não são lineares e sim complementares entre si, podendo, com base na singularidade da região, compor com maior ou menor ênfase o conjunto de ações necessárias para efetivação do fechamento dos hospitais.⁹

A respeito do fechamento dos HCTPS, continua o material a destacar que:

No que se refere ao fechamento de leitos existentes em HP, é preciso lembrar que estamos falando de instituições financiadas pelo SUS, sejam essas públicas ou filantrópicas/privadas conveniadas ao sistema público. Em ambos os casos, conforme a legislação do SUS, os gestores apresentam governabilidade direta para cumprimento dessa premissa. A Portaria GM/ MS nº 2.840/2014 (BRASIL, 2014a), no seu artigo 18, aponta objetivamente tal direcionamento:

No curso do Programa de Desinstitucionalização, com a reinserção comunitária das pessoas até então internadas, os respectivos leitos serão fechados, com a imediata exclusão do número de leitos no SCNES [Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde] e imediata comunicação à Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde.

Como vimos no capítulo 1, há embasamentos técnicos e legais específicos, sistematizados por portarias ministeriais, voltados para o progressivo fechamento de HP e sua substituição por uma rede de serviços territoriais. Entretanto é preciso que os atores de cada localidade desenvolvam um planejamento singular, de acordo com seu contexto.

Dessa forma, destacamos a seguir quatro estratégias operacionais que podem ser desenvolvidas por diferentes segmentos no território, assim como as diretrizes ou linhas de ação que compõem cada uma delas.¹⁰

3.2. Dos quatro pontos estratégicos para fechamento dos HCTPs

A primeira estratégia visa a realização de inspeção, vistorias, avaliação dos hospitais quanto as garantias de direitos humanos e normativas assistenciais, ações essas a serem realizadas de forma intersetorial, multidisciplinar, com participação de atores do governo, da sociedade civil das diversas esferas federativas.

⁹ Desinstitucionalização. Da saída do Manicômio a vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado, Desinstitute, 2023. Página 56/57. Disponível em <https://desinstitute.org.br/documento/desinstitucionalizacao-da-saida-do-manicomio-a-vida-na-cidade-estrategias-de-gestao-e-de-cuidado.pdf?x90810> . Acesso em 31/07/2023

¹⁰ Idem. Página 57. Disponível em <https://desinstitute.org.br/documento/desinstitucionalizacao-da-saida-do-manicomio-a-vida-na-cidade-estrategias-de-gestao-e-de-cuidado.pdf?x90810> . Acesso em 31/07/2023

O Brasil já dispõe de experiências de inspeção e avaliação de instituições com características asilares. Destacamos duas: o PNASH/Psiquiatria e a inspeção nacional realizada em 40 HP no ano de 2018 pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), Ministério Público do Trabalho (MPT) e Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019).

Como vimos no capítulo 1, o PNASH/Psiquiatria, instituído pela Portaria GM/MS nº 251/02 (BRASIL, 2002a), configurou-se por muito tempo como uma estratégia institucional potente para operacionalização das inspeções e avaliações no âmbito nacional. Seu instrumento, por exemplo, com o estabelecimento de critérios específicos, trouxe em sua pauta elementos norteadores para as avaliações técnicas relativas à assistência hospitalar em psiquiatria, tendo em vista a dignidade humana. Além disso, sua metodologia, tanto no sentido de agregar diferentes atores na operacionalização da avaliação como de mensurar os achados durante a inspeção, em muito pode ajudar a organização de uma atividade dessa natureza no âmbito local.

Já a inspeção nacional tomou como base tanto a experiência do PNASH como as referências da CDPD e do seu instrumento internacional de avaliação de serviços de saúde mental e assistência social – QualityRights. Sobre esse instrumento, consideraram-se os critérios e as normativas de qualidade assistencial pela perspectiva dos direitos humanos, a saber:

1. Direito a um padrão de vida e de proteção social adequado;
2. Direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental;
3. Direito a exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa;
4. Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso;
5. Direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade (CFP, 2019, p. 41-42).

Entendemos que essa estratégia de avaliação hospitalar pode ser realizada por diferentes atores (governamentais e não governamentais) e em diferentes esferas federativas.

Nesse sentido, a carta da ONU (1991) “A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental”, a Lei Federal nº 13.146/2015 (BRASIL, 2015b) e a Resolução nº 8/2019 do CNDH (BRASIL, 2019b) recomendam enfaticamente a fiscalização e o monitoramento das instituições com características asilares por parte de um conjunto amplo de segmentos da sociedade.¹¹

¹¹ Idem. Página 59. Disponível em <https://desinstitute.org.br/documento/desinstitucionalizacao-da-saida-do-manicomicio-a-vida-na-cidade-estrategias-de-gestao-e-de-cuidado.pdf?x90810> . Acesso em 31/07/2023

Já a segunda estratégia visa a regulação das internações psiquiátricas e o fechamento da porta de entrada do hospital. Esse movimento propicia o gerenciamento de um quadro fechado de pessoas internadas a serem direcionadas a rede de assistência em saúde mental que melhor atenda o seu quadro, respeite o cumprimento da decisão judicial e não promova a permanência de manicômios judiciários.

Quando o hospital apresenta concomitantemente leitos de internação de longa permanência e leitos rotativos, pode ser preciso lançar mão de diferentes estratégias de regulação até chegar ao fechamento definitivo de sua porta de entrada e, em seguida, do seu fechamento.

Com base na Portaria GM/MS nº 1.559/08 (BRASIL, 2008a), os processos regulatórios compreendem: regulação do sistema de Saúde (definição de diretrizes, execução de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância do sistema das três esferas de governo – municipal, estadual e federal), regulação da atenção à saúde (garantir prestação de ações e serviços de saúde de acordo com as pactuações no âmbito do SUS) e regulação do acesso à atenção (organização dos fluxos assistenciais).

Geralmente, essa necessidade de desenvolver diferentes estratégias de regulação surge quando o hospital tem uma abrangência territorial ampliada, ou seja, faz internação de pessoas oriundas de diferentes municípios. Nesses casos, o processo de seu fechamento demanda negociações no Comissão Intergestores Bipartite (CIB)¹².

Desenvolver estratégias de regulação das internações psiquiátricas é essencial para interromper seus fluxos, extinguir o fenômeno da porta giratória (recorrente entrada/saída/entrada das pessoas no hospital), como também diminuir o tempo dessas internações quando elas acontecem.

Dessa forma, as estratégias de regulação no campo da saúde mental, no que se refere ao HP, objetivamente tratam de quatro dimensões:

- A) controle das internações e da porta de entrada do hospital;
- B) monitoramento da internação quando esta ocorrer;
- C) Comissão Revisora das Internações Involuntárias;

¹² Nota dos pesquisadores: No SUS, o espaço de articulação, negociação e pactuação entre os gestores das três instâncias governamentais se dá através de colegiados nas esferas: estadual – CIB, composta de secretários municipais (Comissão de Secretários Municipais – COSEMS) e estadual de saúde – e federal – Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta de representantes do coletivo dos secretários municipais (Comissão Nacional de Secretários Municipais – CONASEMS) e estaduais (Comissão Nacional de Secretários Estaduais – CONASS).

D) fechamento da porta de entrada do hospital.¹³

O material de referência esmiúça todos os quatro itens acima citado. Em razão da objetividade necessária ao presente trabalho, destaca-se nesta oportunidade os dois últimos pontos, que se referem a criação da Comissão Revisora das Internações Voluntárias e ao fechamento da porta de entrada do hospital.

Há previsão legal já existente na Lei nº 10.216/01, no §1º artigo 8 a respeito da necessidade de notificação das internações voluntárias, no prazo de setenta e duas horas, ao Ministério Público Estadual, cabendo ao responsável técnico do estabelecimento. Regra similar também prevista no artigo 23-A, §7º da Lei 13.840/19, que alterou a legislação de drogas no ponto sobre internações.

A Portaria GM/MS nº 2.391/02, ao regulamentar as internações voluntárias e involuntárias também possui indicação similar a regra de comunicação acima indicada, somando que cabe ao gestor municipal constituir essa Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias.

Já o fechamento da porta de entrada, cabe ao gestor público por decreto ou portaria realiza-lo. Com adequada articulação com o Poder Judiciário, pode-se romper o fluxo de entrada, bem como impedir novas institucionalizações de pessoas com demandas em saúde mental que estejam em conflito com a lei.

Na terceira estratégia, busca-se a realização da gestão pública clínica ou clínico administrativa do hospital na perspectiva da desinstitucionalização, que poderá se dar pela decisão e a ação de desinstitucionalização, bem como pela tutela judicial e da atuação técnico administrativa.

Por fim, a quarta estratégia, visa propriamente o fechamento de leitos psiquiátricos e realocação dos recursos de autorização de internação hospitalar.

A Portaria GM/MS nº 2.840/14 (BRASIL, 2014a), no seu artigo 18, normatiza que:

§ 1º Os recursos financeiros correspondentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) dos leitos fechados serão mantidos ou realocados para o teto orçamentário do Município, que se

¹³ Idem. Página 59/60. Disponível em <https://desinstitute.org.br/documento/desinstitucionalizacao-da-saida-do-manicomio-a-vida-na-cidade-estrategias-de-gestao-e-de-cuidado.pdf?x90810> . Acesso em 31/07/2023

responsabilizará pela atenção às pessoas desinstitucionalizadas, com fins de aplicação na RAPS local.

§ 2º A realocação dos valores correspondentes às AIH dos leitos fechados será pactuada e aprovada na CIR [Comissão Intergestora Regional] e homologada na CIB.

A AIH pode ser de dois tipos: AIH inicial (para tratamento inicial) ou AIH de continuidade, longa permanência (para permanência do tratamento inicial). Trata-se de um:

Documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob o regime de internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do Sistema de Informação Hospitalar [...]. É através deste documento que se viabiliza o faturamento dos serviços hospitalares prestados no SUS (ANS, 2021).

A referida ação de realocação da AIH implica diretamente a decisão política de fechar o hospital e investir na rede territorial. Lembremos que, no caso das unidades privadas/filantrópicas conveniadas ao SUS, o fechamento dá-se pelo descredenciamento destas do sistema. Essa operação consiste nas negociações econômicas relativas à transferência e aplicação dos recursos financeiros decorrentes dos HP com o coletivo de municípios que vão receber as pessoas inseridas em processos de desinstitucionalização.

Vejamos a experiência de Pernambuco, que, no âmbito da CIB, emitiu Resolução CIB/PE no 4.041/2018 (PERNAMBUCO, 2018) atestando que, em toda desospitalização de pessoas institucionalizadas em HP, deverá ser fechado o leito e realocados os valores da AIH para o município que receber a pessoa em processo de desinstitucionalização, devendo esse recurso ser aplicado na RAPS.

(...)

3. 1. 2 FECHAMENTO DE HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO Conforme vimos no capítulo 1, diferentes tipos de documentos, seja do CNJ, do Ministério Público e/ou da Defensoria Pública, apontam para o necessário fechamento do HCTP, como condição importante para a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

A decisão política de fechamento do HCTP encontra-se nas mãos do Executivo no âmbito do Sistema Prisional e de Justiça e requer uma articulação intersetorial para construção de nova cultura de atenção no que se refere às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Esse processo é possível, porém se faz necessário desenhar estratégias específicas, dado o fato de essa instituição constituir unidade prisional e ser gerida pela Secretaria de Administração Penitenciária ou de Segurança Pública.

Ainda no capítulo 1, vimos que as medidas de segurança, ao serem aplicadas, devem considerar as referências da Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), ou seja, a premissa do cuidado

psicossocial em meio comunitário. Portanto, as pessoas internadas no HCTP passam a ser foco de atenção e de responsabilidade também do SUS. É certo que não há governabilidade direta do gestor do SUS no que se refere ao fechamento do HCTP ou mesmo em relação ao redirecionamento das medidas de segurança para o cuidado na RAPS. Contudo existe um acúmulo de experiência quanto ao cuidado em saúde das pessoas e também ao desenvolvimento de processos de desinstitucionalização, o que convoca e credencia os operadores do SUS a integrar esse desafio.

Alguns operadores do SUS apresentam resistência em receber pessoas egressas dos HCTP, por desinformação e/ou pela estigmatização acerca da condição das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei. A valência dada à questão, no trânsito entre a dimensão da Justiça e da Saúde, termina muitas vezes produzindo dificuldades de conceber as pessoas institucionalizadas no HCTP como de responsabilidade da Saúde.

Tal cenário amplia os desafios em relação ao fechamento do HCTP, requerendo a criação de estratégias específicas tanto para desinstitucionalizar as pessoas que lá se encontram internadas como para interromper os fluxos de novas internações. Isso demanda negociações e pactuações intersetoriais entre a Saúde, a administração penitenciária e a segurança pública, o sistema de Justiça e a assistência social.

Portanto, com base na revisão de documentos e em algumas experiências, apontamos no quadro a seguir um conjunto de ações compostas de três estratégias e suas principais características, na tentativa de contribuir com os possíveis processos locais:

Estratégia I: implementação de uma nova cultura para a efetivação das medidas de segurança – formação para operadores públicos; criação de programas específicos; potencialização das audiências de custódia e de sua articulação direta com a rede;

Estratégia II: entrada de equipes de saúde nos HCTP para desenvolvimento do cuidado na perspectiva da desinstitucionalização – equipes de atenção básica dos sistema prisional; serviços de avaliação e acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a lei (EAP);

Estratégia III: fechamento da porta de entrada dos HCTP com vistas a sua extinção - Pactuação entre os sistemas penitenciário, de segurança pública e Justiça.

4. Das disposições finais

Tendo em vista o exíguo espaço para delinear tema tão complexo e tratado de forma devidamente aprofundada no material publicado pelo Desinstitute, buscou-se aqui resumir com pontos que se entende centrais na temática, com o escopo de reforçar o argumento pela necessária e urgente desinstitucionalização dos hospitais de custódia em nosso país, qual reclama a articular indispensável entre diversos atores das instâncias de poder e gerenciamento político da federação.

Assim, sugere-se a leitura completa do material, que está disponível no link indicado na referência bibliográfica.

5. Referências bibliográficas

CAETANO, Haroldo. Loucos por Liberdade. Goiânia: Escolar Editora, 2019.

Desinstitucionalização. Da saída do Manicômio a vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado, Desinstitute, 2023. Disponível em <https://desinstitute.org.br/documento/desinstitucionalizacao-da-saida-do-manicomio-a-vida-na-cidade-estrategias-de-gestao-e-de-cuidado.pdf?x90810> . Acesso em 31/07/2023

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Plenário. ADPF 347 MC/DF, rel. Min. Marco Aurélio, 9.9.2015. (ADPF-347). Disponível em <https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo798.htm#Sistema%20carcer%C3%A1rio:%20estado%20de%20coisas%20inconstitucional%20e%20viola%C3%A7%C3%A3o%20a%20direito%20fundamental%20-%206> , acesso em 31/07/2023.