



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Castro, Ulysses; Rosas Torres, Ana Raquel
Redirecionamento da assistência ao louco infrator: alternativas aos tropeços da lei
Saúde em Debate, vol. 34, núm. 87, outubro-diciembre, 2010, pp. 734-743
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341768015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Redirecionamento da assistência ao louco infrator: alternativas aos tropeços da lei

Redirection of insane offender's aid: alternatives to a defective law

Ulysses Castro ¹

Ana Raquel Rosas Torres ²

¹ Mestre em Ciências Ambientais e da Saúde; Psiquiatra da Secretaria de Saúde do DF – CAPS/ISM; Professor adjunto da faculdade de medicina da UNIPLAC (União Educacional do Planalto Central – DF) e da UNIP (Universidade Paulista – DF).
ulyrcastro@yahoo.com.br

² Doutora em psicologia; Psicóloga; Professora titular de psicologia social da Universidade Católica de Goiás.
arr.torres@gmail.com

RESUMO *Este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão sobre o conceito do louco infrator dentro da ótica da psiquiatria forense, assim como apresentar uma análise sobre os erros históricos da legislação brasileira em relação ao louco infrator, as novas experiências e alternativas de assistência em saúde mental para esta população, em consonância com as diretrizes das conferências de saúde mental no Brasil a partir da proposta da reforma psiquiátrica brasileira.*

PALAVRAS-CHAVE: *Louco infrator; Reforma psiquiátrica; Saúde mental.*

ABSTRACT *This paper aims at reviewing the insane offender definition throughout Forensic Psychiatry, as well as to present an analysis on the insane offender's Brazilian legislation history, the new experiences and alternatives on public mental health for this specific population in agreement with the Brazilian Mental Health Conference Guidelines from a bid of the Brazilian Psychiatric Reform.*

KEYWORDS: *Insane-offender; Psychiatric Reform; Mental Health.*

INTRODUÇÃO

A Psiquiatria Forense é a área de estudos que analisa as regras e as leis do portador de doença mental, sendo protegido seu estado patológico, além do cuidado à sua saúde (GOMES, 2003). Ela envolve também as áreas relacionadas como a criminologia, a legislação e a técnica pericial.

A partir do momento que fica declarada a doença mental de um indivíduo infrator, ele é, então, obrigado a cumprir uma medida de segurança, instrumento jurídico que tem duração de no mínimo um a três anos, porém se estendendo por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada por perícia médica a 'cessação da periculosidade', que se traduz na falsa premissa da equivalência entre doença mental e perigoso. Na revisão do código penal de 1984, o doente mental permanece sob a ótica jurídica socialmente perigoso, e incapaz de responder por seus atos, ou seja, na afirmação da periculosidade, a lei brasileira procura generalizar o conceito de periculosidade dando ao criminoso e ao doente mental a qualidade de potencialmente perigoso (COHEN, 2006).

O artigo 97, § 1º, do Código Penal brasileiro afirma que a realização da perícia médica é obrigatória a cada seis meses, mediante o requerimento do interessado, de seu representante legal, da autoridade responsável por seu tratamento do ministério público (MIRABETE, 2004). Assim, ele fica restrito ao ambiente no qual cumprirá sua pena. Uma vez tendo sido sentenciado à medida de segurança, o louco infrator terá que cumprir sua pena em instituições psiquiátricas judiciárias ou manicômios judiciários, sendo que estes visam à cessação da periculosidade do infrator para que ele possa voltar à sociedade.

No contexto da Psiquiatria Forense, dois conceitos são de fundamental importância: a imputabilidade e a inimputabilidade.

A imputabilidade, que se refere ao que é imputável, ou seja, aquele indivíduo que no momento no qual cometeu o delito tinha sua sanidade mental completa, a capacidade de compreensão do crime e de suas penalidades, além da liberdade de escolha entre praticar ou não o crime (PALOMBA, 2003). Ser imputável, então, implica ter capacidade para ser culpado, ou seja, o indivíduo é culpável (MIRABETE, 2004).

Já a inimputabilidade se refere à não capacidade de entender um ato como ilícito, ou seja, um indivíduo que no momento do ato, por questões como retardo e/ou outras patologias mentais, não foi capaz de julgar seu ato como ilícito (MIRABETE, 2004). Nestes casos, elimina-se a culpabilidade dos portadores de transtornos mentais, e estes ficam isentos da pena.

Após a reforma do Código Penal em 1984, algumas medidas de segurança foram propostas. Ficou determinado, por exemplo, que o infrator imputável, enquanto detentor de culpabilidade, deverá cumprir sua pena; já o inimputável deverá ser internado em hospitais de custódia e o semi-imputável ficará em unidade de tratamento ambulatorial (CAPEZ, 2003).

A cessação de periculosidade se refere a um atestado, que pode ser elaborado após determinados exames, assim que a pena tenha sido cumprida pelo infrator. Mas Oliveira (2004) afirma que essa prática não é comum, já que os peritos em geral têm medo de atestar esta cessação.

LEGISLAÇÃO PSIQUIÁTRICA DO LOUCO INFRATOR NO BRASIL

Atualmente, o Brasil conta com uma vasta legislação em saúde mental, mas para que isso ocorresse foi necessária uma transformação efetiva do modelo de atenção à saúde como um todo e dentro dele a saúde mental.

Essa transformação teve início com a proclamação da República em 1889, mas foi a eleição de Teixeira Brandão para o Congresso Nacional em 1903 que propiciou oportunidade de mudanças. Teixeira Brandão obteve do congresso a aprovação do decreto 132, de 23 de dezembro de 1903, que estabelecia normas para a internação dos alienados. Ficava proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos. O artigo 11 deixava explícito que, “enquanto os Estados não possuem manicômios criminais, os alienados delinquentes e os condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos nos pavilhões que especialmente se lhes reservem”. Como consequência dessa lei, foi instalada uma enfermaria destinada à internação dos alienados delinquentes e à observação dos acusados suspeitos de alienação mental no Hospício Nacional de Alienados. Surgiu a Seção Lombroso que funcionava com muitos problemas e que foi extinta com a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro em 1921 (PICCINNI, 2002).

Machado (2006) afirma que o envolvimento das diversas instâncias sociais articuladas com o Estado garante uma pauta de reivindicações mais próxima das verdadeiras necessidades da população e, portanto, mais justas. Algumas das vias pelas quais se insere a sociedade civil nas discussões e na elaboração das políticas públicas de saúde são as conferências locais e nacionais de saúde, em que se fomentam proposições que resultam em ações de fato transformadoras no âmbito da saúde.

As Conferências Nacionais e Regionais de Saúde também se consagram importantes, pois são deter-

minantes para a formulação de projetos de reforma sanitária e psiquiátrica. Logo após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), da qual saíram recomendações importantes, como a necessidade da união de esforços entre trabalhadores e sociedade civil para o redirecionamento das práticas em saúde mental, ênfase na participação popular para a elaboração e execução de políticas públicas de saúde mental e o redirecionamento dos investimentos financeiros do sistema público de saúde (antes dirigidos à manutenção de leitos psiquiátricos) para a estruturação de serviços extra-hospitalares.

Outro evento importante foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental – realizada em 2002, que teve como tema central “Cuidar, sim. Excluir, não. Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Destacamos um trecho do relatório final da III CNSM, que contém alguns dos seus aspectos mais importantes:

O processo da reforma psiquiátrica, compreendido como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, é marcado por desafios e conflitos [...] buscamos sobretudo transformar as formas de lidar com a experiência da loucura e da invalidação e de produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais [...] o processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas e relações interpessoais. (BRASIL, 2002, p. 19-20).

Alguns documentos também são bastante relevantes para o contexto da reforma psiquiátrica. Docu-

mentos elaborados por instituições internacionais, como a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde, ajudam a subsidiar as ações do movimento, pois expressam valores fundamentais e trazem em sua essência a preservação dos Direitos Humanos.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a reabilitação psicossocial pode ser definida como um

conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários. (citado por PITTA, 2001, p.21).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil provocou a elaboração de várias leis que surgem no sentido de garantir os direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico e o redirecionamento das práticas manicomiais para ações substitutivas a este modelo. Ao mesmo tempo, aprovadas as leis, elas fortalecem o movimento e provocam a reestruturação da rede de atenção à saúde mental no país.

Merecem destaque: a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Entre as principais questões abordadas na lei estão: garantia de acesso ao melhor tratamento disponível; garantia de tratamento humanizado, respeitoso, livre de abusos e realizado por meios menos invasivos; foco na recuperação, reinserção na família, na comunidade e inserção na esfera do trabalho; garantia de privacidade e sigilo sobre os casos; garantia de atendimento interdisciplinar; garantia de acesso aos meios de comunicação, garantia de acesso à informação sobre a do-

ença e o tratamento, garantia de que o tratamento seja feito preferencialmente em serviços comunitários. Por fim, a lei recomenda que a internação só seja indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio à reabilitação psicossocial para indivíduos acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Entre as principais questões abordadas na lei estão: auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social fora de unidade hospitalar e garantia ao beneficiário de atenção continuada em saúde mental.

Quanto às portarias do Ministério da Saúde, destacamos as que definem dispositivos terapêuticos substitutivos ao modelo de internação integral, como a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que cria os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), a Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos) e a Portaria Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002, que tem como propósito contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira e tem como público-alvo 100% da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas.

AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL E AS PROPOSTAS PARA A PROBLEMÁTICA DO LOUCO INFRATOR

As conferências ocorrem em momentos importantes envolvidos com os movimentos sociais que apoiam a reforma psiquiátrica. Nestes eventos são discutidos temas que favorecem mudanças e transforma-

ções do contexto dos atendimentos em saúde mental, inclusive no que se refere ao louco infrator.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em Brasília-DF no ano de 1987. O Tema III desta conferência – Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental – discute, no que se refere à Legislação Penal, que ela deve revisar sobre a questão da inimputabilidade; que deve aprofundar as discussões sobre os manicômios judiciários, buscando extingui-los ou transformá-los de forma profunda; que dê mais atenção à definição de periculosidade, já que esta implica juízo de valor, além de dar margem ao uso indevido da saúde mental; e, que ao definir uma pessoa como sendo ‘perigosa’, não se deve promover um julgamento definitivo, sendo que os direitos humanos devem ser garantidos.

Ainda no contexto do Tema III, no que se refere à Legislação Sanitária e Psiquiátrica, foram discutidos que sejam assegurados os mecanismos legais de garantia do direito individual contra a internação involuntária, sendo possível a reversibilidade desta internação em até 72 horas.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 1992, também em Brasília-DF. O capítulo 9 do relatório final desta conferência se refere aos “Direitos Cívicos e Cidadania”, e sugere que as internações psiquiátricas indicadas por autoridades judiciais sejam submetidas à avaliação da equipe multidisciplinar de saúde mental; que sejam criadas normas que determinem a garantia dos direitos humanos aos indivíduos com sofrimento psíquico internos nas instituições de saúde; que sejam extintos os dispositivos legais que atribuem periculosidade ao doente mental; que sejam extintos os manicômios judiciários, sendo substituídos por modelos que possibilitem o cumprimento das medidas de segurança e que haja tratamento humano reabilitador; que sejam criadas comissões

de estudo com o objetivo de revisar conceitos como imputabilidade, inimputabilidade, nulidade dos atos civis e periculosidade, para que sejam substituídos por conceitos mais adequados; que sejam organizados programas especiais nas instituições penitenciárias com o objetivo de minimizar o sofrimento psíquico dos encarcerados, tendo em vista que após o terceiro ano de prisão há um aumento crescente da sintomatologia da doença mental; que o louco infrator recém-liberado de instituições psiquiátricas forenses seja reinserido na sociedade, não devendo o mesmo ser encaminhado a hospitais psiquiátricos; que sejam atribuídos à equipe interdisciplinar os encaminhamentos de indivíduos com sofrimento psíquico aos hospitais de custódia e tratamento; e que seja proposto à justiça que o louco infrator possa cumprir sua pena em forma de prestação de serviços à comunidade.

O Capítulo 12 da mesma conferência, que se refere aos ‘Direitos dos Usuários’, sugere a garantia à pessoa internada de visitas diárias de familiares e amigos, assim como o acesso às correspondências e à imprensa. Sugere também a proibição da retirada dos pertences pessoais e documentos dos usuários internos no serviço de saúde mental, além da abolição da divulgação da patologia do paciente em laudos e atestados, garantindo assim o sigilo aos familiares e usuários.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu no ano de 2002 em Brasília, aponta no seu capítulo 5, que se refere aos “Direitos dos usuários privados da liberdade”, que as discussões quanto aos manicômios judiciários devem contemplar todas as áreas envolvidas no processo, como a legislativa, previdenciária, direitos humanos, dentre outras, sendo que o objetivo básico de tais discussões deve ser permeado pela garantia dos direitos do doente mental infrator quanto à responsabilidade, à reinserção social e ao atendimento baseado nos princípios do SUS. Sugere

a criação, dentro das Varas Criminais, de programas de assistência aos indivíduos com sofrimento psíquico *sub judice*, a garantia de um tratamento humanizado a estes indivíduos para que se facilite sua reinserção na família e na comunidade, incluindo acesso ao lazer, à vida sexual, além de saídas periódicas planejadas; propõe que o Ministério da Saúde se articule com os Ministérios Públicos Estaduais por meio de convênios, com o intuito de facilitar o processo de curatela; aponta também o questionamento quanto ao tratamento jurisdicional ao doente mental, sendo condenadas as reclusões em quaisquer ambientes, a fim de garantir seus direitos, além de discutir o conceito de inimputabilidade. E por fim, aponta o dever de garantir que a criança e o adolescente doentes mentais e portadores de HIV, usuários de drogas ou deficiências mentais sejam efetivamente incluídos nos programas de saúde mental.

Já a Carta de Brasília, elaborada na X Conferência Nacional de Direitos Humanos em 2006, sugere que indivíduos com sofrimento psíquico que cometeram delitos e foram considerados inimputáveis sejam tratados com as mesmas condições definidas na reforma psiquiátrica, ou seja, em hospitais gerais e serviços substitutivos.

Em todos estes encontros percebe-se uma preocupação constante dos profissionais e administradores públicos com o bem-estar do indivíduo que tem sua saúde mental alterada, sendo ele infrator ou não.

PROGRAMAS DE RESSOCIALIZAÇÃO DO LOUCO INFRATOR NO BRASIL

Sabe-se que a ciência consagrou a loucura como um perigo para a sociedade moderna, sobretudo o lou-

co infrator, único do qual se exige, pelo Código Penal brasileiro, um exame de cessação de periculosidade realizado pela psiquiatria, por meio de dois psiquiatras designados pela autoridade judicial. Esta é a condição para que o sentenciado venha a conseguir ou não a extinção da sua medida de segurança.

Na verdade, quando um louco comete um crime, ele é sentenciado com uma medida de segurança, de duração indeterminada, mas, efetivamente, essa sentença sela seu destino que historicamente tem sido o exílio perpétuo nos hospitais de custódia/manicômios judiciários. Como bem destacou a campanha da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, em 1999, “esses lugares são o pior do pior” (BARROS, 2005).

Numa tentativa de se mudar o destino desses loucos infratores, programas de ressocialização foram criados e estão descritos abaixo.

PAI-PJ

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Psíquico Infrator (PAI-PJ), implantado em março de 2000, é uma parceria entre o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG) e o Centro Universitário Newton Paiva, de acordo com a Portaria Conjunta nº 25/2001 da Presidência do Tribunal e da Corregedoria-Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais, que institui e regulamenta o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário. Seu objetivo é assistir aos infratores com suspeita de insanidade mental ou que já estejam cumprindo as chamadas ‘medidas de segurança’ (medidas aplicadas pelos juízes aos loucos infratores). A equipe do PAI-PJ tanto auxilia os juízes a definir as medidas a serem adotadas como acompanha os indivíduos com sofrimento psíquico visando sua inser-

ção social. O Programa PAI-PJ é executado por uma equipe multidisciplinar, da qual fazem partes profissionais e estudantes: 20 profissionais e oito estagiários de Psicologia, 10 assistentes jurídicos e quatro assistentes sociais. Além disso, a equipe conta com a parceria das redes públicas de saúde estadual e municipal.

Desde sua implantação, em 2000, já passaram pelo programa mais de 840 indivíduos com sofrimento psíquico e cerca de 1.580 processos. Atualmente, 266 infratores com sofrimento psíquico são atendidos pela equipe do PAI-PJ, totalizando 380 processos. Dentre os indivíduos com sofrimento psíquico acompanhados, 171 estão fazendo tratamento em casa, junto de seus familiares, trabalhando ou estudando. Dos 31 indivíduos com sofrimento psíquico que ainda estão em regime de internação, 17 já exercem atividades de inserção social. E ainda existem 64 casos acompanhados que se encontram no sistema prisional. O índice de reincidência é baixíssimo, girando em torno de 2%, principalmente em crimes como uso de drogas ou furto. Não foi registrada nenhuma reincidência em crimes graves contra pessoas, como homicídio, tentativa de homicídio ou latrocínio.

O projeto Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ tem os seguintes objetivos:

- Favorecer, por meio da mútua cooperação técnica e didática, estabelecida pelo convênio entre o Tribunal de Justiça e o Centro Universitário Newton Paiva, as condições necessárias que garantam, por meio da prática interdisciplinar, toda a assistência à saúde, jurídica e social, para a reinserção do paciente judiciário.

- Proporcionar condições favoráveis ao ensino e à prática interdisciplinar, através da indissociabilidade

entre pesquisa, ação e transmissão entre os diversos cursos envolvidos neste projeto, articulando-os com a rede de assistência em saúde mental na sua relação com a justiça.

- Divulgar e participar da construção de propostas criativas e interligadas com a realidade social, mediante produção acadêmica, a fim de contribuir efetivamente no estabelecimento de políticas públicas de atenção e assistência ao louco infrator, no campo executivo, legislativo, judiciário, bem como provocar a mobilização da sociedade civil sobre o tema.

Diferentemente do manicômio ou do presídio – incentivadores e multiplicadores da violência contra o próximo e contra si, ao propor com seus muros a ruptura dos laços de convivência –, o PAI-PJ aposta que cada um pode construir um projeto de vida com espaço na rede social. Desde que esse paciente tenha acesso aos recursos para projetá-lo na cidade, produzindo uma redução da violência como resposta à emergência da falha em qualquer variação da estrutura psíquica. Parece ser esse o caminho para a reconstrução do lugar que o indivíduo ocupa na relação consigo e com os outros, para a retomada da cidadania, transformando seu sintoma numa forma de laço social.

De acordo com Barros (2005), a ferramenta mais importante é a discussão de cada caso, a construção do caso clínico detalhadamente e o respeito ao sofrimento do homem. Todos os campos do saber envolvidos participam dessas reuniões semanais: psicólogos, advogados, assistentes sociais, estagiários das várias áreas, voluntários. O Judiciário é informado, passo a passo, da evolução de cada caso: da cela do manicômio ou da prisão, passando pelo atendimento psicológico nas casas dos indivíduos com sofrimento psíquico ou nas salas do PAI-PJ, nos Cersams (Centros de Referência

em Saúde Mental), até o momento em que estes retornam às ruas.

PAILI

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) foi criado em 2006 e foi regulamentado pela portaria 058, de 3 de abril deste mesmo ano. Ele tem o propósito de promover atenção integral à saúde das pessoas portadoras de transtornos mentais, submetidas à medida de segurança no Estado de Goiás, bem como daquelas que manifestarem sofrimento psíquico no transcurso da execução penal. A população-alvo do programa são pessoas portadoras de sofrimento psíquico que estão submetidas à medida de segurança no Estado de Goiás e aquelas que manifestarem sofrimento no transcurso da execução penal.

Os objetivos do PAILI são:

- Produzir relatórios para a justiça, sugerindo Projeto Terapêutico adequado à singularidade do caso, definindo a instituição onde a pessoa será acompanhada e outros procedimentos terapêuticos.
- Acompanhar o tratamento do louco infrator em cumprimento da medida de segurança, informando a autoridade judicial, periodicamente, quanto à evolução do tratamento.
- Acompanhar os processos judiciais, encaminhados pela justiça, para auxiliar as autoridades judiciais a realizar dentro dos prazos legais os exames de cessação de periculosidade.
- Promover discussão com peritos oficiais antes da realização do exame de cessação de periculosidade, fornecendo a eles maiores informações quanto ao atual

estado de evolução do tratamento e demais informações relevantes para individualização do exame.

- Garantir acesso ao tratamento na rede pública de saúde, possibilitando ao paciente recursos que garantam sua circulação pelo espaço social.
- Realizar discussão de casos com a equipe de atendimento do paciente, acompanhando sua evolução clínica, intervindo clinicamente, quando se fizer necessário um processo de responsabilização.
- Estabelecer parcerias com instituições afins, buscando a acessibilidade, cidadania e a inserção social do louco infrator.
- Realizar atividade de sensibilização com profissionais e autoridades das áreas da saúde, justiça, assistência social buscando desmistificar a imagem do louco infrator como pessoa perigosa e incapaz, cultivada ao longo da história da loucura.

O Programa deve contar com equipe multidisciplinar mínima de um Advogado, dois Assistentes Sociais, um Médico Psiquiatra, quatro Psicólogos e uma Enfermeira. A equipe de apoio ao Programa deve contar com dois auxiliares administrativos e estagiários das áreas da saúde e da justiça.

Programa de Brasília

O Projeto de Ressocialização com indivíduos com sofrimento psíquico masculinos com problemática jurídica iniciou-se em 2002 tendo como proposta inicial a reinserção social destes indivíduos originários da Ala de Tratamento Psiquiátrico – ATP, localizada no interior de uma penitenciária feminina de Brasília.

A ATP contava no ano de 2004 com 66 indivíduos com sofrimento psíquico com problemática jurídica com os mais diversos diagnósticos psiquiátricos: transtornos esquizofrênicos, transtornos de humor, transtornos de personalidade e transtornos por uso e abuso de substâncias psicoativas. O público-alvo inicial foi indivíduos com diagnóstico de transtorno esquizofrênico, que estavam há mais de cinco anos reclusos e com grave problemática psicossocial.

O planejamento iniciou-se em 2002 com um trabalho de parceria entre o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, Vara de Execuções Criminais do Distrito Federal – VEC, Seção Psicossocial da VEC – SEVEC, e o trabalho voluntário do primeiro autor deste artigo, que realizava atendimentos semanais na ATP, tendo como foco de seu trabalho as diretrizes da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo em saúde mental, e posteriormente na portaria interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003, do Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário, especificamente na área de atenção de saúde mental que redireciona, reorganiza a assistência dos indivíduos portadores de transtornos mentais jurídicos. Após discutir com a equipe de saúde mental do CAPS/SES – Instituto de Saúde Mental, foi sugerido juntamente com a equipe do psicossocial da vara de execução criminal – VEC a inserção desses indivíduos com sofrimento psíquico com problemática jurídica neste serviço.

A execução do trabalho teve como cronograma de atividades as seguintes ações: a abordagem social focada nas possibilidades de reintegração social de cada indivíduo com sofrimento psíquico com problemática jurídica, assim como seus direitos sociais enquanto pessoas com necessidades de assistência em

saúde mental: Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa de Volta para Casa.

A reintegração social para esses indivíduos começou com o fim da medida de segurança, isto é, cessação de periculosidade nos exames criminológicos feitos pela equipe de psiquiatria e psicologia forense do Instituto Médico Legal – IML.

Com essa abordagem, a linha de tratamento se aproxima dos conceitos universais da declaração dos direitos humanos que são: liberdade, dignidade, solidariedade e justiça, tão necessárias para os indivíduos com sofrimento psíquico.

Apesar de o programa existir desde 2002, o mesmo não está regulamentado juridicamente até o momento, tendo este autor buscado a intervenção política, porém até o momento com tentativas infrutíferas.

REFERÊNCIAS

- BARROS, F.O. PAI – PJ, os loucos que fazem a diferença. *Diálogos*, 2, p. 24 -29, 2005.
- BRASIL. Congresso Nacional. *Lei Federal n. 10.216*, 6 de abril de 2001.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial n. 628*, 2 abril de 2002.
- _____. *Portaria Interministerial n. 1777*, 9 de setembro 2003.
- _____. Conferência Nacional de Saúde Mental, 1, 1987. *Relatório Final*. Brasília, 1987.
- _____. Conferência Nacional de Saúde Mental, 2, 1992. *Relatório Final*. Brasília, 1992.
- _____. Conferência Nacional de Saúde Mental, 3, 2002. *Relatório Final*. Brasília, 2002.

_____. Tribunal de Justiça do Estado do Goiás. *Portaria n. 058*, 3 de abril de 2006.

_____. Presidência do Tribunal e da Corregedoria Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais. *Portaria Conjunta n. 25/2001*.

CAPEZ, F. *Curso de direito penal*. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

CARTA Compromisso de Defensores e Defensoras de Direitos Humanos (2006). In: *Conferência Nacional de Direitos Humanos*, 10, 2006. Brasília, 2006. p. 5.

COHEN, C. (org.). *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: EDUSP, 2001.

GOMES, H. *Medicina Legal*. 33. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2004.

MACHADO, D.M. *A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental*. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2006. 188 f.

MIRABETE, J. F. *Manual de Direito Penal*. 24. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

OLIVEIRA, A.S. A codificação do direito. *Jus Vigilantibus*, Vitória, 2004. Disponível em: <http://jusvi.com/doutrinas_e_pecas/ver/1894>. Acesso em 27 mar. 2007.

PICCINI, W.J. *Psychiatry On-Line Brazil*, v. 7, jun. 2002. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/wal0602.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2007.

PITTA, A. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 2001.

PALOMBA, G.A. *Tratado de psiquiatria forense, civil e penal*. São Paulo: Atheneu, 2003.

Recebido: Abril/2008

Aceito: Janeiro/2010