

Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP

Right to mental health in prison system:
reflections on the process of deinstitutionalization of the HCTP

Marden Marques Soares Filho ¹

Paula Michele Martins Gomes Bueno ²

Abstract *This study aimed to discuss the close relationship between mental health, the criminal justice system and the prison system, whose specific interfaces are the HCTP (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, or Judicial Psychiatric Hospital) conflict and the person with mental disorder in conflict with the law. There will be presented extensive discussions on the Penal Execution Law and the Brazilian Psychiatric Reform Law, as well as cross-sector actions taken by the judiciary and the federal government (Brazilian National Health System - SUS and National Social Assistance System - SUAS) to bring the criminal justice system and the prison system to the anti-asylum combat. Two successful experiences in the states of Minas Gerais and Goiás will also be presented for they reflect the emergence of a new strategy on public health policy: The Evaluation Service and Monitoring Therapeutic Measures for the Person with Mental Disorder in Conflict with the Law, device connector between systems, willing to operate in the process of deinstitutionalization of people with mental disorders of HCPT.*

Key words *Mental disorder, Psychiatric reform, Prison system, Criminal justice*

Resumo *O presente estudo tem por objetivo discutir a estreita relação entre a saúde mental, o sistema de justiça criminal e o sistema prisional, cujas interfaces concretas são o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) e a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Serão apresentadas amplas discussões sobre a Lei de Execução Penal e a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como das ações intersetoriais adotadas pelo Judiciário e pelo Governo Federal (Sistema Único de Saúde - SUS e Sistema Único de Assistência Social - SUAS) para adequar o sistema de justiça criminal e o sistema prisional à luta antimanicomial. Serão também apresentadas duas experiências exitosas nos estados de Minas Gerais e de Goiás, que lastraram o surgimento de uma nova estratégia na política pública de saúde: o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, dispositivo conector entre os Sistemas, disposto a atuar no processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais dos HCTP.*

Palavras-chave *Transtorno mental, Reforma psiquiátrica, Sistema prisional, Justiça criminal*

¹ Departamento de Monitoramento e Fiscalização (DMF) do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas, DMF do Conselho Nacional de Justiça. Pça. Três Poderes/ Supremo Tribunal Federal/ Anexo I/Sala 361, Zona Cívico-Administrativa. 70175-900 Brasília DF. Brasil. mardenfilho@gmail.com

² Secretaria da Criança e do Adolescente, Governo do Distrito Federal. Brasília DF. Brasil.

Introdução

O presente artigo busca debater as pesquisas no campo da saúde mental, as políticas públicas nesse campo e as normas infraconstitucionais que tratam das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, assim como as possíveis estratégias intersetoriais para a desinstitucionalização dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP). Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa de natureza exploratória, documental indireta e bibliográfica baseada nos escritos de estudiosos do direito, da saúde mental, da sociologia e nas disposições constantes no ordenamento jurídico brasileiro.

Assim, para o Conselho Federal de Psicologia¹, historicamente, o tratamento oferecido aos ditos “loucos” teve como único recurso o hospital psiquiátrico. Este foi um lugar de violência, morte, silenciamento, humilhação, segregação, desrespeito aos direitos humanos e exclusão social, correlatos diretos de um modelo que concebe o sofrimento mental como pura negatividade subjetiva e civil.

Corroborando com esse pensamento, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ (2002), implantado nos estados brasileiros de Minas Gerais e de Goiás, afirma não ser mais possíveis, o descaso, a insensibilidade e a cômoda postura de não fazer justiça, alegando exatamente o cumprimento da lei. Este programa destaca que há mais de um século o portador de sofrimento mental infrator vem sendo encarcerado no exílio do silêncio, na intolerância da segregação; afastado de seus familiares, sem direito a ser sujeito de direitos, grifando o fato de que estes sujeitos não recebem, sequer, o tratamento mínimo estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental por conta da sua relação estreita com o sistema de justiça, sinalizando uma dupla punição: por ser “mensageiro do caos”, por ser “diferente”².

No começo do século XIX, segundo Foucault³, iniciaram-se nos asilos, prisões, colégios e manicômios e os métodos de “repartição analítica” do poder, promovendo um conjunto de técnicas e instituições que medem, controlam e corrigem os “anormais”. Os discursos penais e psiquiátricos se confundem para estabelecer redes de causalidade entre a biografia do indivíduo e uma sentença, entendida por Foucault como “punição-correção”.

A internação de pessoas com transtornos mentais no Brasil também possui seu início no século XIX. Desde então, como na maioria dos

países ocidentais, a atenção às pessoas com transtornos mentais foi sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos especializados, aqueles que proporcionavam isolamento do meio comunitário. O recurso quase que exclusivo à reclusão prolongada em hospitais psiquiátricos resultou em processos de estigmatização e acentuação do isolamento desta clientela³.

A partir da década de 70, tem início a adoção de experiências de transformação da assistência em saúde mental pautadas no começo pela reorientação das instituições psiquiátricas, no intuito de humanizar o ambiente manicomial, e mais tarde pela proposição de um modelo centrado na comunidade substituindo o modelo hospitalocêntrico.

Segundo Tundis e Costa⁴, motivados pela redemocratização do país na segunda metade da década de 80, grande número de trabalhadores de saúde mental denunciaram, por meio de campanhas, a situação dos hospitais psiquiátricos, em relação às situações de maus tratos e violência aos pacientes. Tal movimento intensificou esforços para demonstrar, na prática, a necessidade de substituição do modelo hospitalocêntrico por diversas iniciativas políticas, científicas, socioculturais, administrativas e jurídicas, no sentido de transformar a relação da sociedade com as pessoas com transtornos mentais, permitindo a garantia do seu direito de cidadania.

Em 1987 estabeleceu-se o lema do movimento “Por uma sociedade sem manicômios”, sendo a data de 18 de maio definida como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, data comemorada desde então em todo o país⁴. Com a proclamação da Constituição, em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde⁵.

Na década de 90, o Ministério da Saúde, consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental, mas principalmente com a Lei 180/1978, da Itália⁶ e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Carta de Caracas (1990)⁷, definiu uma nova política de saúde mental, iniciado com o Programa de Apoio e Desospitalização (PAD). Na sequência dos avanços políticos, em 2001, a Organização Mundial de Saúde declarou aquele ano como o Ano Internacional de Saúde Mental e no Brasil entrou em vigor a Lei nº 10.216/2001, da reforma psiquiátrica⁸.

Atualmente, o governo brasileiro tem como principais objetivos para a política de saúde mental: a) reduzir progressivamente os leitos psi-

quiátricos; b) qualificar, expandir e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁹; c) incluir as ações da saúde mental na atenção básica; d) implementar uma política de atenção integral a usuários de crack, álcool e outras drogas; e) fortalecer o programa “De Volta Para Casa”; f) manter um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica; g) promover direitos de usuários e familiares, incentivando a participação no cuidado; h) garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário); e i) avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos. Tais ações se justificam pelos dados de 2003 do Ministério da Saúde: 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual⁹.

Estes dados se refletem também no sistema prisional brasileiro que, segundo informações do Sistema de Informações Penitenciárias - INFOPEN (2014), possui 813 homens e 33 mulheres com deficiência intelectual e 2.497 pessoas em cumprimento de Medida de Segurança na modalidade de internação psiquiátrica. Aproximadamente 85% destas pessoas estão em Alas Psiquiátricas ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e 15% em unidades prisionais comuns¹⁰.

De acordo com o estudo sobre os *Desafios da Loucura Judicializada* (2013), faz-se necessário desconstruir o duplo estigma do louco infrator e investir nas experiências existentes que levam em consideração as possibilidades de incorporação da luta antimanicomial e da execução de políticas sociais, como as pautadas pelo SUS¹¹.

Conforme afirma Basaglia¹², analisando a situação do paciente internado num hospital psiquiátrico, podemos afirmar que ele é, antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade que o afastou e excluiu. No caso da desinstitucionalização da loucura no sistema judicial, tem-se o agravante do crime, da pena e da imperiosa necessidade de trabalho coordenado das políticas públicas, a partir da experiência do serviço de acompanhamento e avaliação de medidas terapêuticas.

O sistema prisional brasileiro e suas interfaces com o de saúde e o de justiça criminal

O Sistema Prisional brasileiro é um universo amplo e complexo: segundo o Sistema de Informação Penitenciária (2014), os estabelecimentos prisionais, no país, mantêm sob custódia mais de 607.731 pessoas, sendo 41% delas ainda sem condenação definitiva. Neste sistema, atuam, cotidianamente, 67.176 profissionais, sendo estes compostos por agentes de segurança (aproximadamente 85%), os demais fazem parte do universo das equipes de saúde, educação, trabalho, serviços social, além de apoio administrativo e gestores¹⁰, distribuídos, segundo o Conselho Nacional de Justiça (2013), em cerca de 2.720 unidades prisionais, entre penitenciárias, cadeias, delegacias, casas de albergado, colônias agrícolas, centros de remanejamento e detenção provisória, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Tais estabelecimentos localizam-se em mais de 1.880 municípios, notadamente em sedes de Comarcas e em regiões denominadas “carcerárias”, que concentram complexos penais¹³.

Tal estrutura necessita de uma complexidade legal que envolve questões éticas, estratégicas e operacionais, que contribuiu com condições favoráveis à realização de estudos e debates que propiciassem a pactuação de estratégias e de agendas orçamentárias e, evidentemente, à produção das intervenções necessárias no sistema prisional brasileiro. Como exemplo, a partir da publicação da Portaria Nº. 3.088, de 23/12/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS⁹, tem-se uma definição da estruturação e integração de ações serviços de saúde destinados à atenção psicossocial: organizada, em primeiro momento, por centros de referência para atenção integral articulados à lógica de atenção primária e saúde da família. Têm direção única e, dependendo da complexidade da demanda, alcança níveis mais complexos em seus dispositivos.

Pelo regramento citado, os próprios órgãos da justiça criminal, em âmbito nacional, podem encontrar caminhos, no sistema normativo vigente, para tornar-se mais congruentes com as premissas da seguridade social, ainda que se configure uma situação de confrontação normativa, modificando-se, claramente, a finalidade da medida de segurança: uma transposição, do “tratamento”, da “presunção criminal”, para o “cuidado”, a

“prevenção” e a “inclusão social”. Configura-se aí, ao nosso ver, o reconhecimento da “titularidade de direitos” das pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei.

A intervenção do SUS corre ao encontro do contexto normativo exposto no art. 1º, a Lei 7.210/1984, a Lei de Execução Penal (LEP), onde é determinada a execução penal¹⁴ com o objetivo de efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado. Como também no art. 99, da mesma lei, aonde vem consignar que o HCTP se destina aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos também no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal¹⁵.

Destaca-se ainda a visão sobre o tratamento ambulatorial, no art. 101, da LEP, quando dispõe que o tratamento ambulatorial, previsto no artigo 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no HCTP ou em outro local com dependência médica adequada. Sendo que o HCTP deverá ser gradativamente substituído por medidas terapêuticas de base comunitária, sendo possível vislumbrar, pelo esforço dos sanitaristas e militantes dos movimentos de luta antimanicomial no país, um modelo substitutivo, especialmente a partir da publicação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001⁸.

Outrossim, o atendimento à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito da justiça criminal, tem sido consignado em marcos legais importantes, que estabelecem diretrizes para atenção aos pacientes judiciários, a saber: Resolução CNPCP nº 5, de 04/05/2004, que dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança; Resolução CNPCP nº 4, de 30/07/2010, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216/2001¹⁶; Resolução CNJ nº 113, de 20/04/2010, que dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e medida de segurança; e Recomendação CNJ nº 35, de 12/07/2011, sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança¹⁷.

Ao analisar esta dicotomia de posições entre o SUS e as normas da execução penal, diante da realidade vivenciada pelas pessoas com transtorno mental mantidas sob custódia pela justiça criminal, depreende-se que são característicos: modelo de tratamento determinado pela legislação criminal e não pela política pública de saúde;

desinternação condicionada à cessação da periculosidade, sendo esta uma rara providência no sistema de justiça; internações perpétuas, sem indicação clínica para tal e independente da gravidade do delito; tratamento realizado na esfera da Justiça; escassa participação da rede pública de saúde/assistência social, com desresponsabilização da rede de saúde e assistência social na atenção à esta clientela; cronificação, reforço do estigma e institucionalização dos pacientes; perda irreversível de vínculos familiares e impossibilidade de retorno ao meio sociofamiliar; consumo de recursos públicos que deveriam estar sendo utilizados para financiar os serviços abertos, inclusivos e de base comunitária.

Assim, as decisões a serem tomadas pelo sistema de justiça, em congruência com os sistemas de saúde e de assistência social, podem considerar as seguintes possibilidades: trabalhar, em âmbito estadual, na reorientação do modelo de atenção, antes predominantemente custodial e hospitalocêntrico: o lugar de cuidado passa a ser a própria comunidade; promover a internação do paciente judiciário como último recurso terapêutico e pelo menor tempo possível; proibir as internações em instituições asilares; criar serviços substitutivos ao hospital e garantir investimentos maiores na rede básica de saúde; criar políticas específicas para a desinstitucionalização e reinserção social dos pacientes longamente internados; melhorar as políticas intersetoriais para a integralização do cuidado.

Observa-se, também, outro fator agravante: com a publicação da Lei 11.343, de 23/08/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)¹⁸ e define medidas para a prevenção do uso, atenção aos usuários e dependentes e repressão à produção e tráfico, ao contrário do que se esperava, tem crescido o indiciamento e o aprisionamento de muitos que, ainda que fossem usuários, são tipificados como traficantes. A exemplo disso, no art. 28 desta lei, o juiz deverá determinar, ao Poder Público, que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado. Soma-se a isso, em razão do que vem consignado no Código Penal, art. 28¹⁹, e na Lei 10216/2001, em seu art. 6º, em que os Tribunais têm determinado internações, em caráter compulsório, em HCTP, alas psiquiátricas e prisões⁸.

Nesse sentido, torna-se imprescindível a produção de evidências (estudos, pesquisas) e de intervenções, possibilitando o adequado conhecimento dos indivíduos “sujeitados” nesses

contextos, a adequação da oferta assistencial, das práticas e das diversas dimensões institucionais e jurisdicionais importantes, com a construção de arranjos estratégicos e operativos, bem como a produção de interfaces que melhorem a interação normativa (superando, aí, a ambiguidade e as confrontações normativas). Do mesmo modo, considera-se imperativa a necessidade de oferta de apoio às unidades federativas para redirecionamento dos seus modelos de atenção aos pacientes judiciários e ao tratamento das questões pertinentes aos usuários de drogas psicotrópicas, adotando como referência central o paradigma do SUS.

A medida de segurança e os manicômios judiciários: a única forma de prisão perpétua no Brasil

Para Foucault³, por ser um conjunto de instituições, discursos e normas submetidos à humana imperfeição, a psiquiatria fez de sua própria evolução técnica o instrumento de correção permanente de rumo e dominação dos corpos.

Segundo Delgado²⁰, é necessário, entretanto, distinguir, da estrutura fundamental da regra em vigor, a economia de suas distorções e erros. A regra diz que o louco não é punível nem capaz, ou seja, inimputável. Essa é uma premissa, da qual decorrem as normas, a ética e a processualística. As distorções, os abusos e os erros, definidos enquanto tal, não contestam a validade universal da regra. Deve-se compreender a economia das distorções e descrevê-las, conhecer seus mecanismos acidentais e sistemáticos, suas regularidades.

Quando foi fundado em 1921 o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, já se vinha consolidando o prestígio do médico “mentalista” como perito forense indispensável. Nesse período, segundo Delgado²⁰, se iniciou a discussão a respeito do alcance do conceito de “alienado” e sua abrangência no interior da noção mais ampla de *psychopatha*, que reflete as agruras do saber pericial dos alienistas, quando tinham que afirmar a responsabilidade penal do delinquente.

A conclusão pericial de “cessação de periculosidade” é absolutamente excepcional no arrastado cotidiano dos manicômios judiciários brasileiros. Pois ou os exames não se realizam, ou concluem monotonamente pela “manutenção da periculosidade”. Delgado²⁰ afirma que psiquiatras, chamados a atestar se mantinham perigosos infratores imputáveis, quando assim exigia a legislação penal, tinham a loucura como índice privilegiado: “a única condição considerada pa-

tognomônica da periculosidade seria a presença de doença mental em atividade”.

Delmanto¹⁵ afirma que com a mudança da legislação penal (LEP) em 1984, os psiquiatras peritos brasileiros retornaram ao interior dos manicômios judiciários, deixando de ter que enfrentar-se com a periculosidade do infrator comum. Nesse âmbito, as pessoas que cometem um delito e que por ventura estão em situação aguda ou crônica com sintomas de transtornos mentais, necessariamente passam por uma avaliação psiquiátrica forense por meio do instrumento “Incidente de Insanidade Mental”. Constatada essa relação entre o delito e o transtorno mental por meio do Incidente, o Juiz, dependendo da gravidade do que foi praticado, irá absolver o sujeito de uma pena e aplicará uma sanção penal de Medida de Segurança de caráter “preventivo” e de “tratamento”. Sendo inimputável, poderá ser aplicada a Medida de Segurança na modalidade de internação em HCTP (ou assemelhado, caso não exista) e, sendo semi-imputável, poderá ser aplicada a sanção penal na modalidade tratamento ambulatorial.

Voltando na história, no final do século XIX, houve em várias sentenças a necessidade de se substituir a pena por um novo tipo de sanção penal: a Medida de Segurança, com o objetivo de tratamento da pessoa autora de uma infração penal. A nova sanção desvinculava-se da ideia de castigo e sua função principal seria de retirar do meio social todo o indivíduo que, por seu comportamento anterior ou, principalmente por sua constituição bio-psicológica, revelasse real perigo para a sociedade³.

Segundo Leal²¹, o Direito Penal, portanto, seria transformado numa disciplina médico-psiquiátrica e desapareceria como disciplina de natureza puramente ético-política. A transformação preconizada, no entanto, chocava-se com uma das premissas básicas do Direito Penal liberal de que o crime é ato de vontade livre e consciente contra certos valores e interesses do grupo social e de que seu julgamento exige necessariamente um raciocínio de natureza ético-jurídica, não podendo ser fruto de um simples diagnóstico biomédico.

As espécies de medidas de segurança são apontadas no Art. 96 do Código Penal (CP) onde a intenção era de funcionar como uma medida de tratamento em que o sujeito submetido a esta sanção penal fosse isento da pena comum e convertida para medida de segurança, por ser considerado inimputável¹⁹.

Segundo Mirabete²², a internação é em hospital psiquiátrico (CP, Art. 96, I) e tem caráter

detentivo, sendo exemplo a medida de segurança detentiva imposta a inimputável por enfermidade mental (CP, Art. 26). Em outros casos, se a pena prevista para o delito não for a detenção, o autor considerado semi-imputável poderá ser submetido a tratamento ambulatorial (CP, Art. 96, II), cujo caráter é restritivo. O autor afirma que a medida de segurança possui duas espécies: detentiva e restritiva. Sendo que a detentiva é a internação em HCTP e representa, a rigor, a fusão de medidas de segurança previstas na legislação anterior: internação em manicômio judiciário e em casa de custódia e tratamento.

Para que as medidas de segurança sejam impostas, vinculam-se aos seguintes pressupostos: a prática de fato previsto como crime e a periculosidade do agente. É importante ressaltar que, antes da reforma do Código Penal Brasileiro, de 1984, todos os “excluídos” eram considerados perigosos para a sociedade. Depois desta data, somente as pessoas com transtornos mentais foram consideradas perigosas¹⁵.

O Brasil somente implementou esse direito, a partir do Anteprojeto de LEP de 1981, que garantia às pessoas submetidas à medida de internação psiquiátrica todos os direitos inerentes à sua condição humana e jurídica, observadas as restrições decorrentes da sentença e da lei. Também foi garantida a medida restritiva que se constitui em tratamento ambulatorial, devendo o sentenciado comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico que o acompanhará, a fim de que seja avaliado e indicado para tratamento adequado.

Nesse sentido, a periculosidade das pessoas com transtornos mentais é definida como a probabilidade que estes apresentam de cometerem atos violentos e delituosos. A legislação penal em torno da questão da loucura-criminosa se utiliza deste conceito de forma explícita para justificar o tipo de sanção penal que é aplicada aos doentes mentais¹⁵.

Para Delmanto¹⁵, as medidas de segurança são, também, conforme discutidas anteriormente, sanções penais, à semelhança das penas. Diferem, porém, destas, principalmente pela natureza e fundamento. Enquanto as penas têm caráter retributivo-preventivo e se baseiam na culpabilidade, as medidas de segurança têm natureza só preventiva e encontram fundamento na periculosidade do sujeito.

Foucault³ já percebe a forte relação entre a psiquiatria e a justiça penal ao afirmar que a “irracionalidade” do ato delinquente, ou seja, a impossibilidade de se identificar um motivo ra-

cional para o crime punha em questão a doutrina clássica do direito penal (que era baseada no livre-arbítrio) e subvertia a lógica punitiva em questão na época, a qual se voltava a uma tentativa de recuperação do delinquente e não mais funcionava como uma vingança contra o crime.

Para Castel²³, o argumento utilizado pelos alienistas, era no sentido de demonstrar a necessidade de construção de um local específico para os loucos enfatizando o caráter perigoso destes, além das dificuldades presentes na identificação e diagnóstico da doença mental naquela época.

Experiências exitosas de substituição do modelo manicomial judiciário por um extra-hospitalar

No Brasil existem duas grandes experiências exitosas com aproximadamente 10 anos de atividades no acompanhamento das Medidas de Segurança, substituindo o modelo manicomial judiciário por um modelo extra-hospitalar calçado nas premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira (Lei 10.216/2001). Trata-se do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI), do estado de Goiás e do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), do estado de Minas Gerais. O que difere um do outro é que o PAI-LI está sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde e o PAI-PJ sob a gestão do Poder Judiciário²⁴.

Esses dois programas não trabalham com a interpretação da LEP para as pessoas em Medida de Segurança, mas sim com a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira articulada com as Políticas Nacional e Estadual de Saúde Mental. Possuem equipes multiprofissionais que exercem ações de conexão entre o sistema de justiça criminal e as Redes do SUS e do SUAS.

O Ministério da Saúde, inspirado nesses dois programas exitosos e respondendo ao disposto no § 3º do Art. 8º da Portaria Interministerial nº 1.777/2003²⁵, resolveu elaborar, pactuar e publicar uma estratégia nacional, em 2014, que não observasse apenas as Medidas de Segurança, mas que pudesse alcançar todas as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. O parágrafo do artigo citado diz que “Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico serão beneficiados pelas ações previstas nesta Portaria e, em função de sua especificidade, serão objeto de norma própria”.

Essa estratégia nacional, denominada de “serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno

mental em conflito com a lei”, instituída pela Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, criou um dispositivo de desinstitucionalização para os ditos “pacientes judiciários”, conectando os sistemas de justiça criminal o SUS e o SUAS²⁶.

**O serviço de avaliação
e acompanhamento de medidas
terapêuticas aplicáveis à pessoa com
transtorno mental em conflito com a lei**

O grande marco legal para a avaliação e o acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei foi a partir da publicação da Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, resultado dos debates realizados por diversas instituições, por meio de um grupo técnico que tratou das questões pertinentes às medidas de segurança, em âmbito nacional, tais como o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), dentre outras instituições²⁶.

A presente normativa surgiu como alternativa para a constituição de um mecanismo “conector” entre o sistema de saúde, por meio das políticas de saúde do privado de liberdade e de saúde mental, o sistema de assistência e proteção social, dentre outras políticas setoriais, e o sistema de justiça criminal²⁶.

Trata-se de um serviço de saúde do SUS que conta com 5 (cinco) profissionais com as seguintes formações em nível superior: 1 (um) Enfermeiro; 1 (um) Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental; 1 (um) Psicólogo; 1 (um) Assistente Social; e 1 (um) profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde. São destacadas as atribuições dessa equipe, convocada a atuar pela gestão do SUS, baseada em demandas apresentadas por diversos atores: coordenações e serviços de saúde da PNAISP, Juizado, Ministério Público, o próprio paciente judiciário ou seu representante e os serviços de referência da rede²⁶.

Estes profissionais deverão realizar as seguintes atribuições: estudos multifacetados e integrais sobre as condições sociais e de saúde das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e seu conjunto de relações (familiares e sociais), indicando medidas terapêuticas, ao contrário das medidas de internação e asilamento; o mapeamento das redes existentes (de saúde e de assistência social) e agenciamento da produção de medidas pautadas em premissas da “clínica am-

pliada”, contribuindo para a realização do projeto terapêutico singular e dos processos de desinstitucionalização daqueles que ainda estiverem sob custódia das administrações prisionais; a articulação com o poder judiciário, influenciando-os no sentido da adoção das conversões de medida de segurança para tratamento ambulatorial ou para a extinção da medida; a contribuição para que o sistema de saúde, em consonância com o sistema de justiça criminal, garantam a individualização das medidas, nos termos da Lei 10216/2001, acompanhando-as e avaliando-as; e, por fim, a atuação como referência técnica e como polos de apoio e capacitação dos que atuam no conjunto de instituições que propiciam tais medidas, para sensibilização e recebimento dos desinstitucionalizados na Rede de Atenção à Saúde e na Rede Socioassistencial²⁶.

Desse modo, tal dispositivo pretende apoiar a adoção de modelos alternativos ao tratamento no âmbito da justiça criminal, este aplicado historicamente com forte viés periculosista, com características asilares e escassa compreensão acerca do sujeito da medida de segurança e de sua rede de relações.

Propõe-se, então, que as pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei sejam inseridas, preferencialmente, em redes de saúde, sobretudo, além de reconhecer a importância da assistência e proteção sociais, dos benefícios assistenciais e da inclusão em redes de sociabilidade.

Os potenciais beneficiários desse Serviço de Avaliação são as pessoas que, presumidamente ou comprovadamente, apresentem transtorno mental e que estejam em conflito com a Lei, sob as seguintes condições: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular²⁶.

A partir da composição do Grupo Condutor da PNAISP, instituído pela Portaria Interministerial nº 01/2014, prevê-se a constituição de comissão de trabalho específica, para proposição e apoio ao Serviço de Avaliação, estruturado em âmbito estadual, composto por representantes do Tribunal de Justiça, do Ministério Público

Estadual, da Defensoria Pública Estadual, da Secretaria Estadual de Assistência Social ou congêneres, de instâncias de controle social, em âmbito estadual, sendo preferencialmente dos Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Políticas Sobre Drogas ou congêneres e de Direitos Humanos ou congêneres²⁶.

Espera-se que, em cada contexto onde se instalará o Serviço de Avaliação aqui discutido, surjam bons modelos matriciais, com ampla capacidade interativa, junto ao judiciário e aos governos estaduais e locais. Nesse caso, níveis de competências ou de insuficiências locais – políticas sociais em desarranjos, injunções políticas, etc. – podem afetar diretamente a implementação do Serviço de Avaliação em questão, comprometendo os seus efeitos sobre a vida das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Considerações finais

Trata-se de um dos temas mais complexos debatido nos âmbitos do Sistema de Justiça Criminal, do SUS e do SUAS, pois exige mudanças de paradigmas: para a Justiça Criminal exige extinguir a interpretação e a aplicação da Lei de Execução Penal e passar a interpretar a Lei da Reforma Psiquiátrica; para o SUS e o SUAS, exige incluir ou implantar e monitorar os serviços de desinstitucionalização e de inclusão social.

Dessa forma, o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, é um modelo que encontra alicerces em três sistemas complexos: a justiça, o SUS e o SUAS. Apoiar-se na descentralização da gestão e na operacionalização baseada em competências locais, adotando como perspectivas a responsabilidade mútua entre níveis de governos, a intersetorialidade, a acessibilidade, o desenvolvimento de capacidades locais para qualificação interpretativa acerca dos pacientes judiciários, do redirecionamento da sua atenção e do provimento de serviços sociais básicos e de saúde, reconhecendo, tais sujeitos criminalizados, como titulares de direitos.

Essa complexidade conceitual adicionada à falta de um plano de divulgação dessa estratégia política podem ser interpretadas como os principais fatores para o baixo número de demanda pelo Serviço de Avaliação. Desde a sua implantação, em 2014, apenas quatro estados brasileiros manifestaram interesse pelo serviço, principalmente por conta da sensibilidade do judiciário

e do executivo estadual. Além do mais, somente cinco equipes multiprofissionais do Serviço de Avaliação foram implantadas em dois desses quatro estados, indicando a clara necessidade de se criar uma estratégia de divulgação desse serviço aos membros do judiciário em suas comarcas, aos gestores do executivo nas pastas da Saúde, da Assistência Social, da Administração Penitenciária e da sociedade civil em geral.

Historicamente o Sistema de Justiça Criminal e o Sistema Prisional tratam o paciente judiciário como muito perigoso, mesmo sabendo que o indicador de reincidência deles é ínfimo comparado ao infrator comum, desconsiderando o saber dos profissionais de saúde mental que afirmam que não é ele o perigoso, mas sim a sua desassistência e que os delitos praticados, em sua grande maioria, são em momentos em que ele não está sendo assistido.

A instituição HCTP, por mais que tenham o nome “Hospital”, é uma estrutura de responsabilidade exclusiva do sistema prisional, substituindo a lógica terapêutica por um funcionamento manicomial, segregador e carcerário, fazendo com o que o paciente judiciário viva um duplo estigma: o de “louco” e o de “criminoso”.

Por essa lógica manicomial e carcerária, se pode vislumbrar as péssimas condições de atendimento ofertados ao paciente judiciário, motivo suficiente para a urgente elaboração de um projeto de desinstitucionalização, contemplando metodologias já estruturadas pela Política de Saúde Mental e com um cronograma pactuado, tendo como foco o fechamento definitivo do HCTP.

Diante deste cenário, entraremos em um tema controverso e polêmico, principalmente para a militância da reforma psiquiátrica, mas necessário como última alternativa a ser adotada: a transinstitucionalização.

Em não havendo mais qualquer solução ou serviços de desinstitucionalização no território, acredita-se na criação de uma metodologia de “transinstitucionalização provisória” dos pacientes dos HCTP para os hospitais psiquiátricos convencionais, desde que esteja estreitamente alinhada entre o poder judiciário e o poder executivo, com o intuito primordial de criar condições e medidas judiciais para a extinção da Medida de Segurança. A transinstitucionalização será transitória para visibilizar esses pacientes no SUS e ao mesmo tempo iniciar o processo de desinstitucionalização progressiva e construção do Projeto Terapêutico Singular junto a Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da rede de assistência social do SUAS.

Esse alinhamento intersetorial entre o judiciário e o executivo para a transtitucionalização provisória deve gerar acordos normativos locais de transferência de responsabilidade dos pacientes judiciários para o SUS, assim como a interdição definitiva do HCTP, a extinção das Medidas de Segurança e a implantação de serviços públicos como o Serviço de Avaliação (discutido nesse artigo) e/ou a equipe de desinstitucionalização da Política de Saúde Mental, contemplando projeto terapêutico singular a ser elaborado com as Redes do SUS e do SUAS. Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014, que cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

Colaboradores

MM Soares Filho trabalhou na pesquisa documental, concepção e na redação inicial e PMMG Bueno na metodologia e na redação final.

Referências

1. Conselho Federal de Psicologia. Conselho Federal de Psicologia. [Online]. 2002 [acessado 2015 set 29]. Disponível em: <http://www.pol.org.br>.
2. Albert M. Jornal do Tribunal de Justiça do Estado de Minas. [Online]. 2008 [acessado 2015 set 29]. Disponível em: http://jornal.iof.mg.gov.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/2810/noticiario_2008-01-09%207.pdf?sequence=1.
3. Foucault M. *Vigiar e Punir. História da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes; 1991.
4. Tundis SA, Costa NR. *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1997.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
6. Itália. Lei nº 180, de 13 de maio de 1978. Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios. *Diário Oficial da República* 1978; 14 maio.
7. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração de Caracas: documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. [Online]. 1990 [acessado 2015 nov 11]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf
8. Brasil. Presidência da República. Lei nº 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 União* 2001; 9 abr.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). [Online]. 2011 [acessado 2015 nov 11]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial
10. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN 2014*. [Online]. 2014 [acessado 2015 nov 11]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-de-pen-versao-web.pdf>
11. Soares CR. *Desafios da loucura judicializada: Desinstitucionalização de pacientes que cumpriram medida de segurança de internação*. [Online]. 2013 [acessado 2016 março 26]. Disponível em: http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/CAMILA_ROQUE_SOARES_TCC.pdf
12. Basaglia F. *A instituição negada*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
13. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). *Dados das inspeções nos estabelecimentos penais*. [Online]. 2014 [acessado 2015 nov 11]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php
14. Brasil. Presidência da República. Lei 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União* 1984; 13 jul.
15. Delmanto C. *Código Penal comentado*. São Paulo: Renovar; 1991.
16. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). *Resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNP-CP)*. [Online]. 2014 [acessado 2015 nov 11]. Disponível em: <http://justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes>.
17. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). *Atos Normativos*. [Online]. 2015 [acessado 2015 nov 11]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?expressao=justi%C3%A7a%20na%20escola&pesq=1>
18. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 24 ago.
19. Brasil. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União* 1940; 31 dez.
20. Delgado PGG. *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Cora; 1992.
21. Leal JJ. *Direito Penal Geral*. São Paulo: Editora Atlas S/A; 1998.
22. Mirabete JF. *Execução Penal, Comentários à Lei nº 7.210, de 11.07.84*. São Paulo: Atlas; 1987.
23. Castel R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
24. Goiás. Ministério Público do Estado (MPE), Secretaria da Saúde do Estado (SSE). Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). Informações gerais sobre a implementação da reforma psiquiátrica na execução de medidas de segurança. Goiânia: MPE, SSE; 2009.
25. Brasil. Portaria Interministerial MS/MJ n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. *Diário Oficial da União* 2003; 10 set.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 94, de 1º de abril de 2014, que 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). *Diário Oficial da União* 2014; 2 abr.

Artigo apresentado em 23/11/2015

Aprovado em 09/05/2016

Versão final apresentada em 11/05/2016