

As políticas públicas de saúde mental no Brasil e a medida de segurança: o desafio da desinstitucionalização no Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso – relato fundamentado de experiência.¹

Maynar Patricia Vorga Leite;
Superintendência dos Serviços Penitenciários – Susepe;
e-mail: maynar-leite@susepe.rs.gov.br.

Resumo:

A legislação brasileira sobre saúde mental e as políticas públicas regulamentadas nessa área pautam um modelo que estimula o atendimento em meio aberto e condena as internações de longa duração. A medida de segurança, por sua vez, é executada de acordo com a lei penal, o que permite prolongar indefinidamente as internações deste tipo. A internação vitalícia tem sido evitada limitando a aplicação da medida de segurança ao máximo de trinta anos permitido pela Carta Magna, ou, mediante jurisprudência, ao máximo da pena cominada para o mesmo tipo de delito. Contudo, para além da discussão jurídica sobre a prevalência ou não de um tipo de legislação sobre a outra nas áreas penal e de saúde, algumas instituições realizam esforços intersetorialmente para que a situação do paciente judiciário seja tratada como questão prevalentemente de saúde. Nesse sentido, algumas Unidades Federativas que possuem Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico estão organizando equipes e grupos de trabalho para a desinstitucionalização das pessoas internadas por medida de segurança, isto é, para que elas retornem ao convívio em meio aberto. Este trabalho se concentra principalmente nos pacientes submetidos a longos períodos de internação, incluindo alguns cuja medida de segurança já foi extinta e que não foram desinternados devido a condições sociais e a preconceitos para com o paciente judiciário. O Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso criou recentemente uma Equipe de Desinstitucionalização que atua compondo esforços com a rede pública de saúde, com o sistema judiciário e, principalmente, com a rede sócio-afetiva dos pacientes judiciários.

Palabras clave:

Medida de segurança, desinstitucionalização, manicômio judiciário.

¹ Trabalho apresentado no Quinto Congreso Uruguayo de Ciencia Política, “¿Qué ciencia política para qué democracia?”, Asociación Uruguaya de Ciencia Política, 7-10 de octubre de 2014.

Introdução

“É certo que nutrem por mim uma veneração muito grande e apreciam bastante as minhas boas ações; mas, parece incrível, desde que o mundo é mundo, nunca houve um só homem que, manifestando o reconhecimento, fizesse o elogio da Loucura”.²

As políticas públicas de saúde mental no Brasil são regidas pela Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), a qual determina que a internação tenha por objetivo a reinserção social e que seja indicada somente depois de esgotados os recursos extra-hospitalares de tratamento (art. 4º). Em contraposição, de acordo com o art. 26 do Decreto-Lei nº 2.848/40 (Código Penal, com as modificações inseridas mediante a Lei nº 7.209/84) quando for comprovado que uma pessoa com deficiência intelectual, ou transtorno ou retardo mental era completa ou parcialmente incapaz de compreender o caráter ilícito ou de se comportar de acordo com esse entendimento ao cometer um delito poderá ser considerada inimputável ou semi-imputável. Nesse caso, em conformidade com o art. 96 do mesmo Decreto-Lei, lhe será aplicada uma medida de segurança, que poderá determinar a internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) – ou, à falta deste, em outro estabelecimento adequado –, ou a sujeição³ a tratamento ambulatorial. Crimes que seriam puníveis com detenção conduziriam a medidas de segurança ambulatoriais, mas mesmo nestes casos pode ser determinada a internação (art. 97). Ainda os pacientes que recebem medida ambulatorial podem ser internados a qualquer momento, por determinação judicial, “para fins curativos” (art. 97, § 4º). Também em caso de semi-imputabilidade, se o condenado necessitar “de especial tratamento curativo”, a pena pode ser substituída por medida de segurança, de internação ou ambulatorial (artigos 26 e 98). Da mesma forma, de acordo com o art. 183 da Lei nº 7.210/84 (Lei de Execução Penal ou LEP) se a pessoa for imputável e, durante a execução da pena, “sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental”, a penalidade poderá ser substituída judicialmente por medida de segurança.

Cabe ressaltar que a medida de segurança tem caráter de pena perpétua na sua aplicação. O Código Penal estipula duração mínima (de um a três anos), mas não máxima, pois pode perdurar indefinidamente enquanto a perícia médica não atestar a cessação de periculosidade (art. 97). Inclusive a desinternação não equivale à extinção

² Rotterdam, p. 5.

³ Grifo nosso, para destacar a desigualdade nessa relação de poder: a pessoa não recebe tratamento, é submetida a ele.

da medida, pois será sempre condicional por um ano, durante o qual o paciente poderá ser internado novamente se praticar um ato “indicativo”⁴ de periculosidade (art. 97, § 3º). Nesse contexto, a medida de segurança tem apresentado como principal resultado a institucionalização das pessoas a ela sujeitas. Trata-se do processo pelo qual a pessoa que permanece numa instituição total (Goffmann, 1974, p. 11) durante longos períodos assimila hábitos, rotinas aspectos culturais e disciplinares desse ambiente, passando assim por uma despersonalização ou deterioração psíquica e social. As instituições totais existem para responder a anseios da sociedade e, por esse motivo, o processo reverso, a desinstitucionalização, é muito mais do que a desinternação de pacientes e a extinção dos estabelecimentos. No caso dos hospitais de custódia a desinstitucionalização implica também ações intersetoriais de ordem político-estética para além do âmbito da saúde pública, envolvendo a justiça, as comunidades, os modos de habitar e circular nos espaços urbanos e rurais. É necessário também questionar o status jurídico da medida de segurança a partir da corrente criminológica do Abolicionismo Penal, a qual, mais do que os modos de punir, critica os modos de administrar os conflitos e de definir o que é tomado como passível ou destinatário indiscutível de punição e isolamento (Passeti, 1999, p. 60).

O Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso (IPFMC) é um HCTP que pertence à Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe), no Rio Grande do Sul. Possui 317 vagas e chegou a contar com 719 processos em 2007 (Missaggia, 2012, p. 187). Em agosto de 2014 computava 441 pacientes; embora o déficit fosse de 124 vagas, cabe ressaltar que 280 dos pacientes estavam com alta progressiva, estratégia que será explicada adiante. Atualmente o IPFMC conta com uma Equipe de Desinstitucionalização (Equipe Desinsti ou ED)⁵ que concentra seus esforços no trabalho junto aos pacientes⁶ com medida de segurança extinta. Este trabalho pretende analisar aspectos da medida de segurança relativos à legislação e às políticas públicas para a saúde e a justiça, tomando como base empírica a experiência de participação na Equipe de Desinstitucionalização do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso.

⁴ Grifo nosso, para ressaltar que não há necessidade de prova objetiva.

⁵ O termo “desinsti” tem se tornado popular para substituir a palavra “desinstitucionalização”. Por sua vez, a Equipe de Desinsti tem sido chamada de Comissão, Grupo, Equipe, Desinsti e, nos escritos, ED. Aqui serão utilizados os nomes Equipe de Desinsti, Equipe, Desinsti e ED.

⁶ Na Equipe questionamos o termo “paciente” mas, por enquanto, é o que estamos utilizando.

Legislação e políticas públicas de saúde mental no Brasil.

A Política de Saúde Mental no Brasil evoluiu, ao longo das duas últimas décadas, de um modelo centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária. Um dos principais dispositivos na reorientação do atendimento em saúde mental para reduzir as internações psiquiátricas é o Centro de Atenção Psicossocial ou CAPS. Ele foi criado pela Portaria GM do Ministério da Saúde nº 224/92, mas atualmente são regulamentados pela Portaria GM do Ministério da Saúde nº 336/02. Trata-se de unidades para atendimento diário e ambulatorial em saúde mental vinculadas ao território e que contam com equipe multiprofissional. As modalidades de CAPS são definidas por ordem crescente de porte ou complexidade e de abrangência populacional, mas todas “deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo”.

Por sua vez, os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental (SRT) se encontram entre os equipamentos do Sistema Único de Saúde mais eficazes para promover a reforma psiquiátrica. Foram criados em fevereiro de 2000 mediante a Portaria GM do Ministério da Saúde nº 106. Os SRTs são moradias inseridas na comunidade, “destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social” (art. 1º). O art. 2º define estes Serviços como uma “modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada”. O art. 3º determina que estes Serviços devem atender pessoas “com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia”. De acordo com o mesmo artigo os SRTs devem “promover a reinserção desta clientela à vida comunitária”.

Na sequência foi emitida a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que abaliza as políticas públicas de saúde mental no Brasil ao tratar dos direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental. Alguns dos direitos estabelecidos no parágrafo único do art. 2º são peculiarmente interessantes ao processo de desinstitucionalização. O inciso I confere à pessoa em sofrimento psíquico o direito de “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”; contudo, os HCTPs não fazem parte do Sistema Único de Saúde e nem

são atingidos pelas disposições que regulam o funcionamento dos leitos psiquiátricos. No mesmo sentido, de acordo com o inciso V a pessoa deve “ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária”, mas a internação do paciente judiciário é sempre involuntária, e ele não tem o direito de questionar a necessidade dessa medida junto ao médico que a trata.

O inciso II esclarece que a pessoa em sofrimento psíquico deve ser tratada “visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”, mas a experiência dos funcionários do IPF demonstra que os longos anos de internação contribuem para aviltar as relações com a família, o trabalho e a comunidade – as quais, com frequência, já eram frágeis antes mesmo de que a pessoa entrasse em conflito com a lei. Complementarmente, essa pessoa deve “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”, mas o HCTP não é um serviço comunitário, e a internação por medida de segurança pode ser aplicada sem considerar as outras formas de tratamento (oferecidas somente pela rede SUS).

O art. 5º da Lei nº 10.216/01 também reforça a importância da inserção na comunidade ao dispor que os pacientes hospitalizados durante longos períodos, ou “em situação de grave dependência institucional” sejam objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação social assistida”. Nesse sentido a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, institui “o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas”. Este auxílio faz parte de um programa de ressocialização coordenado pelo Ministério da Saúde e denominado “De Volta Para Casa”, e consiste no pagamento mensal de um auxílio pecuniário aos pacientes egressos de internações de longa duração, de acordo com critérios definidos pela própria Lei. Em 31 de outubro de 2003 esta Lei foi regulamentada pela Portaria GM nº 2.077, definindo o período mínimo de dois anos de internação para adquirir o direito a esse benefício. O dinheiro deve ser pago diretamente ao beneficiário ou ao representante legal, mediante convênio com instituição financeira oficial.

O relatório “Saúde mental em dados 10”, do Ministério da Saúde (2012) atesta que a reforma psiquiátrica tem avançado no Brasil a partir da promulgação da Lei nº 10.216/01. Entre 2002 e 2011 a cobertura nacional em saúde mental passou de 21% a

72% (p. 7) ⁷; os recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos diminuíram de 72,4% para 28,8%, enquanto, inversamente, os recursos destinados aos serviços extra-hospitalares passaram de 24,76% para 71,20% (p. 21); além disso, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) passaram de 85 para 625 (p. 12). Contudo, os avanços não atingiram intensidade suficiente nas ações para viabilizar a implantação da reforma (Pitta, 2011, p. 4588). No mesmo sentido, Bonfada, Guimarães, Brito e Miranda (2012) apontam que a sociedade não está preparada para acolher a pessoa com transtorno mental e que os serviços substitutivos apresentam carências de cobertura (p. 230). No que tange à desconstrução dos hospitais de custódia, os que existiam antes de promulgada a Lei nº 10.216/01 resistiram à Reforma Psiquiátrica, e inclusive alguns foram inaugurados depois dela (Diniz 2013, p. 13). O Brasil conta ainda com 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e três Alas de Tratamento Psiquiátrico localizadas em complexos penitenciários, mantendo 3.989 pessoas internadas com medida de segurança (Diniz, 2013, p. 35).

Os Ministérios da Saúde e da Justiça realizaram aproximações em prol da garantia de direitos das pessoas privadas de liberdade, assinando sucessivamente as Portarias Interministeriais nos 628/02 e 1.777/03, ambas aprovando o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Esta última previa atenção em saúde mental mediante “ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento” e “atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos. Também determinou, no § 3º do art. 8º, que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sejam beneficiados pelas ações previstas nessa Portaria; contudo, deveriam ser objeto de norma própria. De acordo com Batista e Silva (2010, p. 98), sete anos após a publicação da Portaria nº 1.777/03 existiam apenas cinco equipes de saúde nos HCTP, nos estados da Bahia, de Minas Gerais, de Pernambuco e de São Paulo.

Nesse contexto, a Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004, do CNPCP estabeleceu diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, determinando que o “tratamento dos portadores de transtorno mental considerados inimputáveis visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”, “tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a

⁷ Considerando-se o indicador de um CAPS/100.000 habitantes, com cálculo de cobertura ponderada: CAPS I - 50.000 habitantes; CAPS III e AD III - 150.000 habitantes; CAPS II, Ad e i - 100.000 habitantes (Ministério da Saúde 2012, p. 7).

superação do modelo tutelar”, e que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão sejam integrados à do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria. No mesmo sentido, a Resolução nº 4, de 30 de julho de 2010, também do CNPCP, recomenda que sejam observados os princípios da Lei nº 10.216/2001 na execução da medida de segurança, mediante tratamento realizado de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto. O art. 6º dessa Resolução determina que os Poderes Executivo e Judiciário concluam até 2020 a substituição do modelo manicomial pelo antimanicomial para o cumprimento de medida de segurança.

Do mesmo modo, o Ministério Público Federal (MPF), no Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10.216/2001” (MPF, 2011), enfatiza a necessidade e a viabilidade da extinção dos HCTPs sem que sejam substituídos por estabelecimentos similares (pp. 77 a 85). Além disso, o MPF sugere que o orçamento destinado à manutenção dos HCTPs seja utilizado na a expansão da rede de atenção psicossocial e suporte financeiro aos egressos desses hospitais (p. 84). Finalmente, a Resolução CNPCP nº 2, de 10 de fevereiro de 2014, considera que a construção de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico não mais se justifica. Por conseguinte, altera o item nº 1, do Anexo II, da Resolução CNPCP nº 9, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre Arquitetura Penal, excluindo os HCTPs da lista de estabelecimentos penais que podem receber recursos para “a construção, ampliação, reforma ou aquisição de equipamentos”.

A norma própria a que se referia a Portaria MS/MJ nº 1.777/03 foi emitida somente em janeiro de 2014 – e apenas pelo Ministério da Saúde. Trata-se da Portaria nº 94, que reorienta o modelo de atenção incluindo as pessoas em medida de segurança, mas sem se restringir a elas. Esta norma institui a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) como serviço de avaliação e acompanhamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP),⁸ a qual, por sua vez, foi publicada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 01/14. No art. 2º lista as condições para que uma pessoa em conflito com a lei e com transtorno mental seja beneficiária desta norma: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça

⁸ De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 01/14.

criminal ou em liberdade; 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; em cumprimento de medida de segurança; sob liberação condicional da medida de segurança; com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular.

O art. 4º descreve o trabalho de desinstitucionalização ao enumerar as atribuições da EAP: realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei nº 10.216/01 e nos princípios da PNAISP, orientando a adoção de medidas terapêuticas, “preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS)”; identificar programas e serviços públicos de saúde, assistência social e de direitos de cidadania, para garantir o atendimento e a efetividade do PTS; estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes desses programas e estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e co-responsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; contribuir “para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema”; acompanhar “a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo”; apoiar “a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei”; e contribuir para a desinternação “progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania”.

Medir a segurança ou regular a loucura? “Como poderia limitar-me, quando o meu poder se estende a todo o gênero humano?”⁹

⁹ Rotterdam, p. 6.

Lebre (2013) explica que a atual estrutura jurídica da medida de segurança teve origem na doutrina de Franz von Liszt, para quem ela se constituía, assim como a pena, em um mecanismo eficaz para a defesa da sociedade. Com essa inspiração a medida de segurança foi pela primeira vez instituída juridicamente no Código Penal suíço de 1893. A partir dali ela passou a incorporar vários códigos de países europeus e americanos e, no Brasil, o Código Penal de 1940 (p. 273). Partindo dessa codificação como sanção penal a medida de segurança é perpassada por esta lógica na aplicação, no julgamento, no processo e no preenchimento de requisitos: prática de um ilícito penal, periculosidade do agente e comprovação de inimputabilidade ou semi-imputabilidade (Lebre, 2013, pp. 273 e 274). A periculosidade e a inimputabilidade estão codificadas penalmente, embora façam referência a questões de saúde – motivo pelo qual deveriam ser tratados como garantia de direitos para o agente. Esta codificação de aspectos da saúde como requisitos penais é um entroncamento que dificulta a desinstitucionalização da medida de segurança e das pessoas e dispositivos atrelados a ela.

Do mesmo modo, Zaffaroni, Alagia e Slokar (2002) opinam que a racionalidade penal – por oposição à civil – é a única explicação para se estabelecer uma reclusão vinculada à periculosidade num julgamento penal, o que demonstra o caráter eminentemente punitivo da medida de segurança, em detrimento da ênfase na saúde (p. 927). Ela é apenas uma categoria peculiar entre as penalidades, caracterizada por oferecer menos garantias de direito do que as outras, como uma expressão clara de poder punitivo. Isto considerando, principalmente, que regulam fatos para os quais existem disposições jurídicas de direito mental – isto é, do âmbito civil (p. 70), além de múltiplos meios ambulatoriais para tratar as pessoas com transtornos mentais (p. 5).

O Ministério Público Federal (MPF) no já mencionado “Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10.216/2001” (2011, p. 70), avalia que as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei são atingidas pela Lei 10.216/01, já que esta não as considera como exceções. No mesmo sentido, Carvalho e Weigert (2013, pp. 294-295) consideram que, a partir da Lei nº 10.216/01, o tratamento prestado em saúde mental deve ser equânime e regido pela lógica da desinstitucionalização para todos os usuários, não se justificando qualquer tratamento diferenciado com base no fato de terem ou não praticado delitos. Desse modo, a manutenção Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é ilegal. Os autores entendem que os avanços da Reforma Psiquiátrica devem ser universais e incorporados às práticas judiciais, e que a medida de segurança só mereceria ser

mantida a fim de garantir que sejam evitados excessos no tempo de penalização. Complementarmente, Zaffaroni e outros (2002, p. 926) consideram que a medida de internação parece insustentável face aos avanços da psicofarmacologia e da própria psiquiatria, indagando-se sobre os motivos pelos quais ela poderia permanecer vigente na legislação penal.

Da mesma forma, Carvalho e Weigert (2013, p. 297) consideram que a Lei da Reforma Psiquiátrica permite uma “dupla quebra de paradigma”. De uma parte conduz a tratar a pessoa com transtorno mental como um sujeito de direitos, garantindo-lhe tratamento paritário no processo penal e possibilitando-lhe formas não carcerárias para o cumprimento da medida de segurança. Mas esta Lei também induz um rompimento paradigmático ainda mais radical, retirando do sistema penal o usuário do sistema de saúde mental em conflito com a lei. Para estes autores o receio de pensar formas distintas de intervenção penal ou a dificuldade para criar modos alternativos de tratar a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei revela, em realidade, o nível do enraizamento do sistema punitivo em nós mesmos (Carvalho e Weigert, 2013, p. 297). Desinstitucionalizar o IPFMC envolve, por conseguinte, desinstituir o medo e desconstituir o poder punitivo.

Outro aspecto que confronta o tratamento civil e o penal dados ao sofrimento psíquico é a duração da internação. De acordo com o art. 2º da Portaria GM nº 2.391/02 do Ministério da Saúde a internação psiquiátrica deverá ter a menor duração temporal possível. Já no caso da medida de segurança, de acordo com o § 1º do art. 97 do Código Penal do Brasil a internação perdurará pelo prazo mínimo de 1 a 3 anos e por tempo indeterminado até que seja provada a cessação de periculosidade mediante perícia médica. Complementarmente, Zaffaroni e outros (2002, p. 70) destacam que o caráter de pena perpétua presente na medida de segurança com internação manicomial a torna totalmente desproporcional em relação à magnitude da lesão jurídica causada. Além disso, Zaffaroni e Pierangeli (2011, p. 733) pontuam que a perpetuidade da medida de segurança no Direito Penal brasileiro, embora a título de tratamento, é inconstitucional e que, se a lei não estabelece um limite máximo, o intérprete está obrigado a fazê-lo. Desse modo, o Supremo Tribunal Federal determinou o limite máximo de 30 anos para o cumprimento de medida de segurança. Ultrapassado esse limite, se não tiver sido comprovada a cessação de periculosidade, deve-se comunicar o juiz da vara cível ou o Ministério Público, e então deverá ser aplicada interdição e internação de acordo com o

Código Civil (art. 1.769¹⁰ e 1.777¹¹ respectivamente). Zaffaroni e Pierangeli (2011, p. 734) consideram que é também necessário reconhecer-se, para as medidas de segurança, o limite máximo da pena correspondente ao crime cometido, ou da pena que a medida substituiu. Nesse sentido, Borelli (2011, P. 66-67) lembra que a Sexta Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), em 05/08/2010, decidiu que a medida de segurança só poderia estender-se pelo tempo máximo da pena correspondente ao delito imputado. O autor cita como exemplo um habeas corpus¹² concedido justamente a um paciente do IFPMC internado havia quatorze anos por um delito cuja pena poderia ser, no máximo, de quatro anos.¹³ No mesmo sentido Diniz (2013, pp. 13-14) refere que em 2011 havia 18 indivíduos em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico cuja internação superava os 30 anos. O censo também encontrou 606 indivíduos internados por períodos superiores ao da pena máxima em abstrato para a infração cometida, correspondendo a 21% da população em medida de segurança no Brasil. Para completar, a autora aponta que a restrição de liberdade era irregular para pelo menos 741 pessoas, porque a periculosidade havia cessado, sua desinternação já havia sido determinada ou a medida de segurança estava extinta. “Isso significa que um em cada quatro indivíduos internados não deveria estar nos estabelecimentos de custódia”, conclui a autora.

Algemas de sem-razão: inimputabilidade e periculosidade – “Nós somos perigosos?!”¹⁴

A medida de segurança associa a presunção de periculosidade com um funcionamento mental que prejudicaria a capacidade decisória para seguir as normas estipuladas em lei. Desse modo caracteriza pessoas cujo comportamento não é delimitado ou coagido para proteger o sistema social. Otoni (2011, p. 45) refere que a ideia de uma loucura por si perigosa e sem culpa teria origem no início do século XIX com o trabalho de Pinel, que “refundou o conceito de alienação mental com base na tese

¹⁰ Em aqueles que não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil devido a enfermidade ou deficiência mental; aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade; pessoas sem completo desenvolvimento mental (incisos I, II e IV).

¹¹ Recolhimento em estabelecimento adequado, quando não for possível o convívio doméstico.

¹² Código Penal, art. 647: “Dar-se-á habeas corpus sempre que alguém sofrer ou se achar na iminência de sofrer violência ou coação ilegal na sua liberdade de ir e vir, salvo nos casos de punição disciplinar”.

¹³ Trata-se do HC 143315/RS, publicado no Diário da Justiça Eletrônico em 23/08/2010; uma pesquisa superficial nesse Diário revelou que, a partir de então, tanto a Sexta quanto a Quinta Turma do STJ tomaram a mesma decisão em situações semelhantes.

¹⁴ Pergunta formulada com assombro por um interno do IPFMC quando, durante uma palestra, foi mencionado o pressuposto de periculosidade do paciente em medida de segurança.

do déficit moral”. Por sua vez Foucault (2004) admite que nessa época, na França, havia um espectro compartilhado entre a loucura e a ilegalidade, no qual pairavam confusões cotidianas e delitos mais leves, tratados com internação (2004, p. 6). No entanto, considera que o problema das relações entre loucura e criminalidade foi inicialmente colocado, pela psiquiatria, no início do século XIX, a partir do “grande monstro”, oferecendo à justiça penal a patologização dos acontecimentos criminais extremamente violentos, raros, imprevistos e “sem razão”, isto é, sem interesse, paixão ou motivo (2004, p. 7). Foucault observa que a loucura criminal é apresentada como uma irrupção contra a natureza, contra a normalidade, no mesmo momento em que se funda a nova psiquiatria como uma ciência disciplinar. Mas o padecimento do “crime louco” oferece algo de paradoxal: embora seja colocado como um aspecto essencial do sujeito que o apresenta, não demonstra sinais prévios à irrupção, manifestando-se apenas no momento e na forma do próprio crime. Esta forma de loucura permaneceria inconsciente, ignorada por todos (até pelo próprio sujeito) e, por conseguinte, irrefreável (2004, p. 7). Mediante a promessa de identificar e controlar esta forma de loucura, a psiquiatria garante e justifica para si uma modalidade de poder pela qual passa a funcionar como uma forma de organizar e controlar o corpo social (2004, p. 9).

De acordo com Foucault o “crime louco” se constitui no encontro entre “a demonstração médica de que a loucura é, no limite, sempre perigosa”, e a impotência judiciária para punir um crime “sem ter determinado seus motivos”, inscrevendo o homem perigoso tanto na instituição psiquiátrica quanto na judiciária (2004, p. 14). Neste momento antropologia criminal contribui com a ideia de que, em relação ao “crime louco”, deve-se levar em conta apenas o grau de periculosidade que o indivíduo constitui para a sociedade, deixando de lado parâmetros como a sua responsabilidade ou o seu grau de liberdade. Os réus mais perigosos seriam justamente aqueles reconhecidos, pelo direito, como irresponsáveis por causa da sua loucura (2004, p. 18).

No mesmo sentido, para Rauter (2005), a psiquiatria se apresenta ao direito penal como um complemento da ação repressiva. O poder judiciário se nutre da psiquiatria dentro de certos limites, armando-se “de uma tecnologia própria, que não se confunde quer com a psiquiatria, quer com a penologia tradicional” (p. 50). Sobre esta absorção Foucault (2004) opina que, para completar o ingresso da loucura no sistema penal, é necessário terminar de eliminar juridicamente a culpa – atrelada ao fato já consumado e à razão –, da responsabilidade – sem a qual não é possível penalizar (p. 20). Otoni (2011, p. 45) afirma que é mediante a doença que se retira a culpa do crime.

Mas, segundo Foucault (2004, p. 21-22) a mudança no pensamento penal que permite castigar sem culpar é permitida por uma variação no âmbito do direito civil: o ingresso da noção de acidente, a qual traz consigo e permite introduzir, na administração da justiça, um tipo de risco que não pode ser evitado, mas contra o qual é possível se defender. O risco acidental permite aplicar uma sanção defensiva, protetora, sem atribuir culpa. Segundo Foucault (2004, p. 22), essa mesma lógica é transposta para determinar a penalização do indivíduo que não pode ser culpabilizado (por falta de razão), correlacionando o ato cometido ao risco que a irracionalidade representa por ser incontrolável. A punição passa a servir para diminuir – seja pela exclusão, por restrições diversas, ou ainda por medidas terapêuticas –, “o risco de criminalidade representado pelo indivíduo em questão”.

Otoni (2011, p. 46) acrescenta que a psiquiatria do século XIX é prolífica na produção de estigmas patológicos para marcar alguns indivíduos como ameaçadores. A autora cita como exemplo Lombroso, que em sua obra elimina a diferença entre demência e delinquência e preserva a ideia pineliana de loucura como déficit permanente e “mal moral”, “o que faz dos loucos indivíduos intrinsecamente perigosos”. Otoni (2011, p. 49) opina que esse cruzamento, além de retirar a culpa do crime permite o surgimento do conceito híbrido de periculosidade e sua naturalização nas instituições médicas, jurídicas e sociais, desde Pinel até os dias de hoje. Zaffaroni e outros (2002, p. 694) afirmam que a psiquiatrização do criminoso, transformando-o em inimputável, o desumaniza, pois a inimputabilidade pressupõe incapacidade para decidir – ainda que seja por não compreender – ao cometer o delito. Qualquer concepção do humano sem capacidade decisória elimina, além da responsabilidade, a humanidade. A inimputabilidade “abre espaço para uma tutela coisificante” (p. 672).

Nesse sentido, o Abolicionismo Penal aponta que a pena privativa de liberdade não é um fato natural e sim uma opção política, e que o crime é uma construção social. De acordo com Hulsman (1993) o tratamento dos problemas e situações problemáticas relativos ao crime só se diferencia de outros problemas e situações também problemáticas quando são olhados pelo prisma da disciplina penal, que os torna criminalizáveis; dito de outro modo, o comportamento delituoso é diferenciado de outros comportamentos quando é criminalizado pelo sistema penal. Para este autor, não existe uma ontologia do delito, algo que o diferencie essencialmente de outras práticas e situações geradoras de sofrimento. O único elemento em comum entre os eventos delitivos é que o sistema penal os seleciona e se encontra autorizado a agir sobre eles.

Esse mesmo sistema toma para si os sujeitos e os organiza em categorias criadas socialmente: de um lado, o autor, o delinqüente; do outro, a vítima, que passa a ser denunciante, testemunha. O sistema penal intermedia as relações entre ambos, separando-os – o que é justamente a sua função. Desse modo, apropria-se dos conflitos, posto que, através dessa intermediação – que funciona como barreira – tanto o autor quanto a vítima perdem totalmente o controle sobre a situação em que estão envolvidos.

No caso da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei essa mediação consiste em decretar uma medida de segurança, cujo término não depende de um prazo cominado de acordo com o ilícito cometido, e sim da comprovação pericial de que a pessoa deixou de ser “perigosa”. A cessação da periculosidade é tratada no art. 175 da Lei de Execução Penal; para sua tramitação, a autoridade administrativa deverá remeter ao juiz um “minucioso relatório”, fornecendo-lhe subsídios para resolver sobre a revogação ou permanência da medida de segurança, junto com o laudo psiquiátrico atestando se a periculosidade cessou. Antes de decidir o juiz ouvirá o Ministério Público e o curador ou defensor – mas não necessariamente o sujeito em medida.

Para Lebre (2013, p. 274) a periculosidade criminal que fundamentaria as medidas de segurança é um conceito indefinido. No mesmo sentido, Carvalho (2003) aponta que a periculosidade “representa apenas um juízo futuro e incerto sobre condutas de impossível determinação probabilística” (p.135), estabelecendo situações de fato inverificáveis e processualmente incomprováveis. O autor lembra que, no modelo garantista de direito, as hipóteses processuais deveriam ser baseadas em juízos probatoriamente demonstrados e passíveis de contraditório. A alegação de periculosidade torna o ato jurisdicional “extremamente arbitrário” (p.138).

Complementarmente, Zaffaroni e outros (2002) apontam que a ideia positivista de periculosidade apenas empresta caráter científico ao preconceito público e policial contra o louco enquanto diferente. A polícia, como instituição que procura garantir uma ordem homogêizante, alimenta a crença na periculosidade do diferente, pois este, ao fugir da norma, entra no campo do desconhecido e, por conseguinte, do suspeito ou preocupante (pp. 925 e 926). Estes autores também destacam que a medida de segurança se sustenta na ideia de que o doente mental requer internação manicomial enquanto for perigoso e, sendo perigoso por doente, deverá permanecer em reclusão enquanto a doença persistir. No entanto, Otoni (2011) afirma que, ao “dar a palavra a esses indivíduos ditos perigosos” percebe-se que a periculosidade é uma “engenhoca conceitual” e está a serviço de uma ficção que alimenta o discurso do “político-gestor”:

garantir a segurança para as pessoas não perigosas (p. 49). No mesmo sentido cabe pensar, conforme apontam Zaffaroni e outros (2002), que mediante a periculosidade o poder punitivo se legitima e defende a sua imagem de provedor de segurança ante o delito por, supostamente, proteger a sociedade de uma pessoa que, se absolvida, poderia cometer um novo delito (pp. 925 e 926).

A inimputabilidade, a periculosidade e a medida de segurança com internação em hospital de custódia se retro-alimentam e objetificam a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. O manicômio judiciário é uma instituição total, descrita por Goffmann (1974, p. 11) como “um local onde reside ou trabalha um grande número de indivíduos em situação semelhante, separados do restante da sociedade por um período de tempo considerável, levando uma vida fechada e formalmente administrada”. O autor descreve o processo de perda de si, de despersonalização que estas instituições operam de modo padronizado sobre cada um dos internos. Há também um modo de subjetivação produzido nas instituições totais que é, na verdade, um modo de sujeição, pela repressão de condutas consideradas condenáveis, mas também pela perda de autonomia para realizar atividades relativas à responsabilidade que seria esperada de um adulto (Goffmann, 1974, p. 127). No mesmo sentido, Otoni (2011, p. 49) lembra que o artifício da periculosidade tem “efeitos mortíferos ao incidir no real dos corpos e das práticas institucionais, na maioria das vezes, calando e mortificando a resposta do sujeito em sua singularidade inequívoca e impossível de prever”.

Os pacientes judiciários são assim capturados nessa teia de inimputabilidade, hospital de custódia, periculosidade, medida de segurança. Criar condições de saída digna e sustentável para que não acabem retornando ao manicômio judiciário requer desinstitucionalização no IPFMC, em seus funcionários e moradores, nas redes públicas que deverão atendê-los, nas redes afetivas, nas cidades... Pois, enquanto Goffman se refere à instituição como local, Baremlitt (1992, p.156) a descreve como sistema de valores, de regulação e de ação construído sócio-historicamente. Os estabelecimentos (como o Instituto) e organizações (como a Susepe) são algumas das materializações da instituição para que ela possa realizar concretamente sua função regulamentadora. Nessa função a instituição compreende o instituinte (gerador), o instituído (normalizado) e a institucionalização (processo). De certo modo todas as instituições são totais em algum grau, e a loucura pode ser tomada dessa forma (Rotelli, 1990, p. 89) junto com todos os dispositivos e organizações vinculados a ela, tais como a inimputabilidade, a medida de segurança, o hospital de custódia e a periculosidade.

De acordo com o art. 99 da Lei de Execução Penal o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é um tipo de estabelecimento penal destinado aos considerados inimputáveis e semi-imputáveis de acordo com o Código Penal. Correia (2007, p. 15) relata que sua existência no Brasil data de 1923, tendo adquirido sua atual denominação com a Reforma Penal de 1984, fazendo parte do sistema penitenciário e ficando, por conseguinte, vinculado às Secretarias Estaduais que administram o sistema prisional.¹⁵ De acordo com Carrara (2010, p. 17) este tipo de estabelecimento articula “de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão – e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco”.

O Rio Grande do Sul e o Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso

O Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso foi fundado em 1925, sendo o segundo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em antiguidade dentre os 26 atualmente existentes no Brasil. Paradoxalmente à continuidade da sua existência cabe destacar que o Rio Grande do Sul foi também pioneiro na legislação que orienta o atendimento em saúde mental, antes mesmo de que fosse emitida a Lei 10.216/01. A Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, que “dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul”, determina “a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências”. O art. 9º determina que a “implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada”. No art. 3º veda a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos de hospitais, mas o art. 4º permite a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais. O art. 2º define que a

“reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico, por uma rede integrada e por variados serviços assistenciais de atenção sanitária e sociais, tais como: ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, unidades de observação psiquiátrica em hospitais

¹⁵ O Manicômio Judiciário (atual Instituto Psiquiátrico Forense) Doutor Maurício Cardoso foi subordinado ao Gabinete Médico-Legal da Polícia em 1937 (Krumer, 2010, p. 53).

gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares”.

Nesse contexto, em 1993 foi aprovado o projeto “São Pedro Cidadão, o qual foi assumido como prioridade de governo em 1999, tendo por objetivo a desconstrução do Hospital Psiquiátrico São Pedro (Belini e Hirdes, 2006, p. 563). O Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso (mais conhecido como “IPF”) está situado praticamente ao lado e conta com 432 pacientes, dos quais aproximadamente 55 têm a medida de segurança extinta.¹⁶ Entre os anos de 2007 e 2011 um Grupo de Trabalho constituído no IPF pelo Ministério Público dedicou-se a buscar alternativas para a inclusão social dos pacientes institucionalizados (Mello Leite, p. 9). Além disso, alguns profissionais que tinham experiência em CAPS, em SRT ou com AT realizaram, ao longo de seus anos de trabalho, inúmeros movimentos para promover a reinserção de pacientes longamente internados. Atualmente o IPF empreende mais uma tentativa intensificada de desinstitucionalização. A Diretora do Instituto e um grupo de funcionários, com apoio do Departamento de Tratamento Penal (DTP) da Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe), promoveram encontros com todos os trabalhadores do IPFMC e alguns do DTP. Como resultado dessas reuniões foi criada uma Equipe de Desinsti (ED)¹⁷ que inicialmente concentra seus esforços no trabalho junto aos pacientes¹⁸ com medida de segurança extinta.

(Des)institucionalização... do medo “Doutora, me dá um desnecessário?”¹⁹

Desinstituir a teia da qual faz parte a medida de segurança é muito mais do que desinternar pacientes e extinguir os hospitais de custódia. Implica também ações político-estéticas para além do âmbito da saúde pública, trabalhos intersetoriais envolvendo a justiça, as comunidades, os modos de habitar e circular nos espaços urbanos e rurais... Trata-se de uma reforma cultural que implica, nas palavras de Pelbart

¹⁶ Trata-se de pacientes a respeito dos quais os psiquiatras atestam cessação de periculosidade, mas cujos vínculos sociais (principalmente os familiares) estão severamente prejudicados, motivo pelo qual o juiz optou pela manutenção da internação – e não da medida.

¹⁷ O termo “desinsti” tem se tornado popular para substituir a palavra “desinstitucionalização”. Por sua vez, a Equipe de Desinsti tem sido chamada de Comissão, Grupo, Equipe, Desinsti e, nos escritos, ED. Aqui serão utilizados os nomes Equipe de Desinsti, Equipe, Desinsti e ED.

¹⁸ Na Equipe questionamos o termo “paciente” mas, por enquanto, é o que estamos utilizando.

¹⁹ Frase dita por um paciente do IPFMC, referindo-se à medicação indicada como “se necessário”, a uma das psicólogas da Equipe, que relatou o evento numa reunião. A frase revela um sentido nada explícito para o uso dessa medicação: a contenção desnecessária.

(1990), “recusar o Império da Razão”, ou sustentar “o direito à desrazão” (p.5), numa nova relação com o imprevisto, o impensável, o delírio. Além disso, considerando que a medida de segurança se produz no cruzamento entre justiça e medicina e em prol do poder punitivo, e que se justifica na periculosidade e na inimputabilidade para sustentar esse mesmo poder, a sua desinstitucionalização inclui alguma forma não hegemônica de gestão do medo.

Batista (2009, p.9) descreve a sociedade brasileira atual como altamente segregadora e punitiva, tendo por dispositivo, para tanto, a produção do medo a serviço do controle exercido pelas classes dominantes. Essa produção funciona caracterizando lugares e parcelas da população como naturais para a proliferação da delinquência, justificando assim a intensificação do controle policial sobre eles. Nesse sentido, Zaffaroni e outros (2002, pp. 925 e 926) opinam que as pessoas com transtorno mental são perigosas apenas para a imagem pública do poder punitivo, e que penalizá-las mediante medidas é um recurso que visa proteger esse poder. Para tanto são submetidas a um direito psiquiátrico, muito mais rígido que o civil, e que passa a ser penal quando prescreve uma reclusão que para a saúde mental é desnecessária – e contraproducente.

Desinstitucionalizar a medida de segurança não consiste apenas em discutir se o tratamento dispensado nos manicômios judiciários é ou não adequado, ou se as condições para esse tratamento são ou não ofertadas. Trata-se de questionar o próprio status jurídico dessa medida, em conformidade com a corrente criminológica do abolicionismo penal, a qual critica a existência da criminalidade como categoria naturalizada, problematizando o que se entende como crime, criminalidade, delinquência. Mais do que uma crítica aos modos como se pune, o abolicionismo critica os modos de administrar os conflitos e de definir o que é tomado como passível ou destinatário indiscutível de punição e isolamento (Passetti, 1999, p. 60).

Desinstitucionalizar o manicômio judiciário envolve preparar efetivamente os serviços de saúde, e a sociedade de um modo geral, para receber pessoas com transtorno mental que estão ou estiveram em conflito com a lei. Carvalho e Weigert (2013) opinam que para encontrar alternativas basta “entender o outro sempre e radicalmente como um sujeito de direitos, independentemente dos atos que tenha praticado ou da forma como sua racionalidade articula o pensamento” (Carvalho e Weigert, 2013, p. 298). Nesse marco, e dentro do seu campo de possibilidades, a Equipe de Desinsti tem o desafio de utopizar, inventar, cultural e materialmente, espaços para que a desmedida possa ser vivida e não segregada; lugares físicos e simbólicos para morar, para cuidar da saúde,

para circular. Mas o movimento de desinsti mais radical e necessário de todos é reconhecer a pessoa com medida de segurança ou em longo processo de internação como um sujeito desejante e capaz de saber sobre si. Tudo isto requer trabalho focalizado, abrangente, transdisciplinar, prático, errante e utópico.

A Desinsti é formada por sete²⁰ profissionais do IPFMC (advogados, assistentes sociais e psicólogos), alguns estudantes que estagiam ali (Serviço Social e Psicologia) e eu, trabalho na Divisão de Saúde do Departamento de Tratamento Penal da Susepe. Participo da reunião semanal e de atividades externas pontuais. A Equipe focaliza o trabalho de desinsti nos pacientes e suas redes (existentes ou necessárias) mais diretas: CAPS, familiares, Vara de Execução de Penas e Medidas Alternativas (VEPMA), Prefeituras, Secretarias, Serviços Residenciais Terapêuticos... Eu frequentemente faço a mediação das tensões entre o Instituto e o Departamento e entre estes e outras instâncias: órgãos legislativos, executivos e judiciais estaduais, ONGs... Porém, os espaços de atuação do núcleo e do sistema não são privativos. Toda a ED faz conexões com o mundo extra-muros; mas também precisa conectar e compor dentro do IPFMC, com os profissionais e com os próprios sujeitos de desinsti, para acolher seus desejos e acompanhá-los na construção de espaços habitáveis fora do manicômio e da medida.

As dificuldades da Equipe de Desinsti são múltiplas. O poder médico enquanto resistência reacionária. Os ressentimentos de famílias que não souberam o que fazer com as loucuras que as habitaram, e com as quais (loucuras e famílias) o isolamento do louco em nada contribuiu para produzir novos caminhos. O lugar de invisibilidade intensificada em que o manicômio judiciário, enquanto parte do sistema carcerário, é constituído, com todo seu conteúdo. Invisibilidade que deriva em produções tomadas como falhas do sistema – falta de insumos, de pessoal, de espaço, de tempo, de energia, de reconhecimento. A visibilidade da presunção de periculosidade, que serve para manter invisíveis os sujeitos, transformados assim em objetos sujeitados. O velho hábito de ver a loucura no outro que não é alteridade, costume que nos perpassa, porque todos estamos, em algum grau, loucos, mas também institucionalizados pelo aprisionamento e a hegemonia da razão enquanto política do conhecimento. Mas a Equipe Desinti também conta com potencialidades diversificadoras. Ante a pergunta desqualificadora “Quantos tu desinternou hoje?”, a profissional experiente responde com um silêncio que paira por sobre as querelas de poder, como quem abre a porta para atender o carteiro e

²⁰Todos os profissionais do Instituto foram convidados a participar.

não pega a encomenda. E as estórias, ah, as estórias... de trabalhos já realizados, de paixão por abrir – desbravando – caminhos, de loucura, de saberes por escrever e espalhar.

Relatos da experiência

A Equipe Desinsti se reúne semanalmente para discutir os casos em atendimento, buscar soluções e fazer combinações estratégicas. O trabalho está concentrado nos pacientes com medida de segurança extinta, mas inclui reuniões com outros setores do governo e dos serviços públicos e do terceiro setor, obtenção de oportunidades educativas ou culturais, ou de benefícios (como o do Programa de Volta para Casa) para os pacientes, e também da organização de eventos culturais ou para discussão das políticas de saúde mental. Todo o trabalho é usuário-centrado, isto é, buscando compreender, acolher e respeitar o desejo da pessoa atendida e o saber que ela tem sobre si própria.

Uma das dificuldades enfrentadas pela Equipe é promover o vínculo do paciente com a sua família de origem. De acordo com Diniz (2013, p.16), o círculo de convivência da pessoa com transtorno mental tende a ser reduzido ao âmbito familiar, e talvez seja esse um dos motivos pelos quais a maioria dos homicídios cometidos por estas pessoas se concentra na família (49% do total em 2011). Outros delitos também tendem a ser cometidos no ambiente doméstico ou do bairro. Quando a pessoa é proveniente de um pequeno município o fato é lembrado pela comunidade. Mas há outras questões a considerar além do possível trauma causado pelo ato cometido. A gênese dos transtornos psíquicos envolve e mobiliza a família, que tende a não desejar se responsabilizar pela loucura. Além disso, os cuidados para com a pessoa acometida tendem a ser assumidos por um único membro, geralmente a mãe ou um dos irmãos do paciente; estas pessoas tendem a envelhecer ou a adoecer durante o longo período de internação por medida de segurança, e nesse caso os outros membros da família, que já antes da internação não se ocupavam da pessoa internada, não desejam assumir esse compromisso. Os trabalhadores do IPF escutam respostas como “ele (o paciente) vai ficar ali, nós não queremos ele aqui; se vocês o enviarem para aqui vamos acusá-lo de alguma coisa e ele vai voltar para lá”; “ele é violento, é perigoso”; “aqui não tem espaço” (sendo que em alguns casos o paciente é proprietário da moradia onde a família reside). Mas há também situações em que a família, uma vez que passa a se sentir

assistida pela rede de saúde para atender a pessoa que esteve internada, aceita de bom grado o seu retorno ao lar. Quando isso ocorre o grupo familiar tem a chance de ressignificar as relações abaladas e encontrar novos caminhos para o afeto. Em alguns casos não há realmente ninguém da família para receber o egresso do IPF. Nessas situações a pessoa atendida e a Equipe Desinsti encontram uma pessoa conhecida que se dispõe a essa acolhida na sua moradia ou, por vezes, numa pequena construção erguida para tanto no mesmo terreno. Há pessoas que perderam totalmente o vínculo com a sua cidade de origem e desejam permanecer em Porto Alegre. Geralmente trata-se de cidadãos com ingressos minguados, ou os seus bens estão seqüestrados em processos de curatela mal resolvidos, por conseguinte a Equipe tem o desafio de ajudá-los a encontrar uma moradia digna e que possam sustentar na capital do Estado.

Outra desafio que a Equipe Desinsti enfrenta com frequência é o de orientar as equipes de atenção da rede SUS a fim de que se sintam confiantes para receber os pacientes. O fantasma da periculosidade costuma contaminar estas equipes, dificultando-lhes a percepção de que o paciente egresso do Instituto Psiquiátrico é uma pessoa com sofrimento mental como as outras que elas atendem. Também é necessário reforçar nessas equipes a compreensão de que a família ou o núcleo mais próximo do paciente necessitará de apoio. Além das equipes da rede SUS é necessário sensibilizar o Município, nas pessoas de seus gestores (Secretários de Saúde, por exemplo), posto que os cuidados para com uma pessoa que passou por uma longa internação demandam a atuação de uma rede ampliada e minimamente coesa. Muitas vezes o retorno do paciente ao IPF ocorre devido a falhas nas redes locais.

Ainda em relação à rede SUS uma das dificuldades para a desinternação de alguns pacientes é a falta de Serviços Residenciais Terapêuticos. Por tratar-se de equipamentos municipais os gestores têm autonomia para decidir sobre sua instalação. A Secretaria de Estado da Saúde oferece incentivos adicionais a alguns municípios que são origem de pessoas com longas internações no IPF e no Hospital Psiquiátrico São Pedro, mas, diferentemente, por exemplo, dos CAPS, os SRTs são equipamentos cuja demanda não é espontânea – dado que as pessoas estão internadas – e esse pode ser o motivo pelo qual os municípios não agilizam a implantação desses serviços.

Muitos trabalhadores do IPF oferecem resistência ao trabalho da Equipe Desinsti e tentam boicotá-lo de várias formas. Quando o paciente começa o processo de sair pode ficar agitado, e por vezes algum dos profissionais que o atende alega que ficou agressivo e o coloca na Unidade Fechada. Houve também situações em que os agentes

penitenciários insistiram em colocar algemas nos pacientes para levá-los ao CAPS, embora o uso de algemas esteja proibido para pacientes psiquiátricos. Alguns profissionais opinam que os pacientes deveriam permanecer no IPF por considerar que é o melhor para eles. Os membros da Equipe devem estar sempre munidos de paciência e diplomacia para promover o diálogo com profissionais de outras equipes que não compartilham as diretrizes da reforma psiquiátrica. O trabalho de desinstitucionalização não está dirigido apenas aos pacientes e seus círculos, mas também ao próprio Instituto e ao estatuto da medida de segurança.

O sistema judiciário também é fonte de tensões e desafios para a Equipe Desinsti e sua clientela. Por exemplo, há um paciente com medida de segurança extinta que se encontra no IPF porque há mais de um ano que não consegue acessar seus próprios bens. Ele possui dinheiro numa conta bancária, fruto da herança de seus pais, mas o curador recusou-se a repassar o dinheiro alegando que o IPF deve dar conta de todas as despesas. Foi solicitada a destituição desse curador e a nomeação de um novo, mas a comarca na qual tramita essa curatela solicita expedientes burocráticos que atrasam a decisão.

Como parte de um projeto de pesquisa a Equipe Desinsti contou durante alguns meses com o reforço de quatro Acompanhantes Terapêuticos, os quais propiciaram melhor engajamento entre as pessoas que acompanharam e suas famílias, os seus CAPS de referência, o SRT onde irão residir – quando é esse o caso – e alguns equipamentos culturais da cidade tais como cursos, bibliotecas, etc.

A Equipe Desinsti e a Direção do Instituto promoveram eventos culturais e de discussão da reforma psiquiátrica, com ou sem convidados, tais como exibição regular ou esporádica de filmes, eventos teatrais, de pintura, de música, grupos de discussão, dentre outros. E há no IPF um espaço cultural aberto que alguns membros já haviam começado a organizar antes de fazer parte da Equipe Desinsti, com a participação de estagiários do curso de Psicologia, e que faz parte do trabalho de desinstitucionalização.

Conforme foi colocado a desinternação é apenas uma parte do processo de desinstitucionalização. Trata-se fundamentalmente do resgate da cidadania, do direito a habitar dignamente a cidade. Numa discussão um dos pacientes disse “Nós necessitamos estar comunicados com o mundo”. Ele acabava de comprar um tablet, com muita dificuldade – mas não por falta de dinheiro, e sim porque alguns profissionais que o atendem consideravam que o equipamento não era apropriado para ele, que teria dificuldades para usá-lo e que os outros pacientes ficariam agitados ao vê-lo. Enfrentava

agora uma nova batalha: a de obter permissão para conectar seu equipamento à Internet. Há também o caso de um paciente surdo, que não consegue se comunicar com quase ninguém porque as pessoas que trabalham no IPF não conhecem a linguagem de sinais. Eu tenho um conhecimento precário dessa linguagem, mas tento me comunicar com ele. Não sei se ele percebe a minha intenção, ou se é por olhar diretamente nos seus olhos, ou por saber que eu fiz o contato com uma associação de surdos que está tentando ajudá-lo, mas este paciente começou a estabelecer um vínculo de confiança comigo. Toda semana, quando chego ao IPF ele está me aguardando para dizer algo. A sua profissional de referência – que consegue compreendê-lo melhor do que eu – faz parte da Equipe Desinsti, por conseguinte eu costumava repassar a ela suas demandas. Mas agora percebo que, sem prejuízo da confiança depositada por nós dois na minha colega, e da competência que ela demonstra, é à minha pessoa que ele se dirige. Talvez porque não existe um ser humano capaz de dar conta do prejuízo causado por uma longa internação; toda a ajuda possível é de fato necessária, nem que seja ao menos para acalmar a angústia.

Minha função na Equipe Desinsti é a de um braço externo, que alcança algumas instâncias com menor dificuldade. Pode ser outro órgão da Susepe, alguém que deve ser acessado por telefone ou uma busca na Internet (as minhas senhas de Internet e telefone me oferecem maior liberdade do que a outros trabalhadores da Susepe). Em outros momentos a Equipe consegue se comunicar melhor do que eu com o mundo externo ao IPF; por vezes eu só tenho conhecimento desses movimentos depois que aconteceram, mas, em outras ocasiões, há um pedido de companhia, de apoio, que eu tento atender sempre que possível. Outra função que eu tenho assumido, menos explícita, é a de injetar ânimo quando o desafio da desinstitucionalização parece superar as forças da Equipe, ou de ajudar os membros a compor esforços quando as diferenças entre nós aparentam ser maiores do que os nossos objetivos em comum.

Expectativas e discussão final.

A desinstitucionalização da medida de segurança e das pessoas envolvidas com a sua execução – pacientes, familiares, profissionais dos sistemas da saúde, da justiça, da segurança, gestores, dentre outros – é um processo maior do que a desinternação. A complexidade desse processo demanda trabalho intersetorial envolvendo organizações públicas e privadas das áreas da saúde, da justiça, da segurança, da cultura, da educação

e da habitação, podendo incluir ainda o setor de transportes. É fundamental que esse trabalho tenha como protagonistas as pessoas que se encontram em processo de desinternação. Devido aos longos períodos de internação em instituições totais como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, mas, também, às falhas na assistência que elas e suas famílias provavelmente enfrentaram – e que propiciaram o evento de conflito com a lei – o movimento de habitar a cidade se apresenta precário no início, sendo necessário acompanhar, acolher, disponibilizar oportunidades para que o desejo se manifeste e consiga se concretizar. Desinstitucionalizar demanda esforço continuado, persistência e paciência, porque se trata de um processo muito lento, com muitos pequenos e grandes percalços, e que não segue um curso linear. Há ocasiões em que tudo parece estar pronto e um dos envolvidos falha, fazendo com que muitos passos tenham que ser dados novamente, por vezes em outra direção. De outra parte a pessoa internada, principalmente quando a medida de segurança está extinta, tem angústia, sofrimento, medo, pressa e desesperança de sair, e conta apenas com os profissionais para acolher todos esses sentimentos.

Considerando essa complexidade, o compartilhamento de experiências sobre a desinstitucionalização de pacientes em medida de segurança e de seus contextos afigura-se relevante para produção de conhecimento sobre esses processos e como estratégia para alimentar o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil e em outros países.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baremblytt, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes – teoria e prática* (1992). Belo Horizonte: Editora Instituto Félix Guattari, 2002.

Barros-Brisset, F. O. de. Genealogia do conceito de periculosidade. *Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52, mar./ago. 2011.

Batista e Silva, M. B. As pessoas em medida de segurança e os hospitais de Custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do plano nacional de saúde no sistema penitenciário. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 ago. 2014.

Batista, V. M. Criminologia e política criminal. Passagens. *Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica*. Rio de Janeiro: vol. 1. no.2, julho/dezembro 2009, p. 20-39.

Belini, M. G.; Hirdes, A. Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. *Texto contexto - enfermagem*. [online]. 2006, vol.15, n.4, pp. 562-569. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400003>. Consultado em 23/07/2014

Bonfada, D.; Guimarães, J.; Brito, A. A. C. de; Miranda, F. A. N. de. Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, Junho 2013.

Brasil. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP). Resolução nº 5/04.

Brasil. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP). Resolução nº 4/10.

Brasil. Decreto-Lei nº 2848/40, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. Diário Oficial da União, Brasília, D.F., 31 dez. 1940.

Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal, LEP. Diário Oficial da União, Brasília, D.F., 13 jul.1984.

Brasil. Lei nº 10.216, de 04 de junho 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, Brasília, D.F., 9 abr. 2001.

Brasil. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, Diário Oficial da União, Brasília, D.F., 1º ago.2003

Brasil. Ministério Público Federal. *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001*. Brasília – DF, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 224/92.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 106/00.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336/02.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.391/02.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.077/03.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 01/14.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 94/14.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 10*. Ano VII, nº 10, março de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ nº 628/02.

Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/03.

Carvalho, S de. *Pena e garantias*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

Carvalho, S. de; Weigert M. de A. B. Reflexões iniciais sobre os impactos da lei 10.216/01 nos sistemas de responsabilização e de execução penal. *Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 285-301, set. 2012/fev. 2013.

Correia, L. C. (2007). *Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba.

Diniz, D. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2013.

Foucault, M. *A evolução da noção de indivíduo perigoso na psiquiatria legal do século XIX* (1977). In: FOUCAULT, M. *Ética, sexualidade e política*. (Col. Ditos & escritos V). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Goffman, E. *Manicômios, prisões e conventos* (1961). São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

Kummer, L. O. (2010). *A psiquiatria forense e o Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul: 1925-1941*. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Lebre, M. Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem? *Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 273-282, set. 2012/fev. 2013.

Mello, A. P. de; Leite, L. dos S.. Crime e loucura: desafios e complexidade. *EntreLinhas*. Conselho Regional de Psicologia CRP/07. Ano XII, Número 58, Abr/Mai/Jun 2012.

Missaggia, C. A desconstrução do Instituto Psiquiátrico Forense do Rio Grande do Sul: uma experiência. *Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 187-198, mar./ago. 2012.

Passetti, Edson. Sociedade de Controle e Abolição da Punição. *São Paulo em Perspectiva*, 13(3) 1999.

Pelbart, Peter Pal. Manicômio mental: a outra face da clausura. Em: Lancetti, A. (Org.). *Saúdeloucura* 2, (p.130-138). São Paulo: Hucitec, 1990.

Pitta, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4579-4589, 2011.

Rauter, C. *Criminologia e subjetividade no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2003.

Rotelli, F. *A Instituição Inventada*. In: NICÁCIO, F. (Org.) Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

Rotterdam, E. de. *Elogio da loucura*. Tradução base Paulo M. Oliveira. Versão para eBook. eBooksBrasil.com. Fonte Digital. Digitalização de edição em papel Atena Editora, s.d. Em: file:///C:/site/livros_gratis/elogia_loucura.htm.

Zaffaroni, E. R.; Alagia, A.; Slokar, A. *Derecho Penal - Parte General*. Buenos Aires: Ediar Sociedad Anónima Editora, Comercial, Industrial e Financiera, 2002, 2ª ed.

Zaffaroni, E. R.; Pierangeli, J. H. *Manual de direito penal brasileiro, Volume 1 – parte geral*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.