

APLICAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL AO LOUCO INFRATOR

“Devemos lembrar que a Lei nº 10.216/01 veda a internação em instituições de características asilares e, nesse ponto, enterra definitivamente o malfadado modelo ‘jurídico-terapêutico-punitivo-prisional’ dos HCTPs.”

■ POR CARMEN SILVIA DE MORAES BARROS

Há uma categoria de cidadãos neste país que sequer se costuma lembrar que existe, até porque não tem organização mínima para reivindicar seja lá o que for, e tampouco há quem fale por ela. São portadores de transtornos mentais que praticaram crimes e estão custodiados pelo Estado no sistema prisional. Muitos são pobres, muitos são miseráveis.

Essas pessoas sem representatividade estão nos manicômios judiciários, que, embora sejam chamados em lei de Hospital de Custódia e Tratamento Penitenciário (HCTP), são verdadeiras prisões e de hospital e tratamento nada têm.

Com essa realidade vexatória, o País convive há décadas. A falta de conhecimento e de interesse em dar encaminhamento mínimo ao assunto, entre outras razões, pode ser atribuída ao fato de que os titulares do direito não têm voz, nem representação. Como convém, ninguém lembra que existem.

Essa espécie invisível ainda não foi alcançada pela reforma psiquiátrica e pela política de humanização do tratamento do portador de transtorno mental. Nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico vige a institucionalização (longa) como regra, apesar das políticas públicas adotadas em todo o País visando a desinstitucionalização dos doentes mentais.

Não sem razão o Movimento Antimanicomial ter chamado o manicômio judiciário do “pior do pior”. Não sem razão a Lei de Reforma Psiquiátrica ainda não ter se estendido a essas pessoas.

Os loucos custodiados pelo Estado em razão da prática de crimes são seres submetidos a um mundo com signos e regras próprias, que devem desvendar e compreender e aos quais, em que pese o direito ao tratamento adequado e necessário não ser respeitado, devem se submeter, de preferência sem questionar, ainda que seja tão somente para conseguirem continuar vivos. Sem que ninguém lhes explique a situação irreal pela qual passavam. Como se, por serem loucos, não tivessem qualquer direito – estivessem jogados à própria sorte e a doses e doses de Haldol e Fenergan (quando há)...

Sabido é que a sociedade precisa marginalizar para manter ocultas suas próprias contradições e, em se tratando de doentes mentais que praticaram crimes, isso é evidente: são os excluídos dos excluídos, os esquecidos dos esquecidos, afinal são pobres, criminosos e loucos – os mais miseráveis – os que mais devem permanecer ocultos...

Também fruto do conveniente esquecimento a que estão submetidos, a longa permanência nos estabeleci-

mentos, com códigos próprios do sistema prisional, faz com que adquiram além de características de institucionalização, também de prisionalização. Como consequência, enfrentam grande resistência, inclusive dos hospitais psiquiátricos e equipamentos da rede de saúde pública em recebê-los, acolhê-los e tratá-los. São estigmatizados: além de loucos, trazem consigo a marca do aprisionamento.

São estigmatizados no sistema prisional porque são loucos e no sistema de saúde porque são criminosos. Na verdade, muitos são fruto da ausência e desídia do Estado, da falta de tratamento antes, durante e depois... Não são excepcionais os casos em que tratamento adequado, antes, evitaria a prática do crime, em muitos outros evitaria a reincidência e, por fim, o tratamento com efetivo acompanhamento após, evitaria o abandono e o reinício do ciclo.

Essa realidade só será alterada quando a Lei nº 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica) for aplicada em sua integridade, ou seja, se estender também aos loucos que praticaram crimes.

Em vigor desde 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica estabeleceu novo paradigma no que tange aos direitos das pessoas portadoras de doença mental, lançou novo olhar sobre a loucura e substituiu a segregação pela desinstitucionalização e humanização do tratamento de portadores de transtorno mental: *“A década de 70 caracterizou-se pelo modelo assistencial de internação hospitalar em psiquiatria. Mas já na década de setenta tínhamos, no País, incentivadores da psiquiatria com modelo mais abrangente, de desinstitucionalização (...). A Lei nº 10.216/01 apresentou enorme avanço no que diz respeito à mudança do eixo do tratamento baseado na internação para um modelo de tratamento comunitário, efetivado por equipe multiprofissional”* (SHIRAKAWA, Itiro; GONÇALVES, Eliana C. In: *Ética e Psiquiatria*).

Ocorre que a política de saúde mental instituída pela Lei nº 10.216/01 não convive, no que se refere ao doente mental infrator, com os dogmas postos no Código Penal e na Lei de Execução Penal. A Lei ▷



penal, em termos de tratamento de saúde mental, porque superada ante a evolução das ciências médica, psicológica e da farmacologia nas últimas décadas, bem como incompatível com a (posterior) Lei de Reforma Psiquiátrica, não pode mais ter aplicabilidade.

Por certo, hoje ser impensável seguir a determinação anacrônica contida no Código Penal, de que haja internação em razão da prática de crimes apenados com reclusão e tratamento ambulatorial, a critério judicial, quando o crime cometido for apenado com detenção. Não importa a identificação do transtorno mental, nem a necessidade individual de tratamento, nos termos da lei penal, o crime praticado é que determina o tipo de tratamento que será imposto!

No Código Penal, a periculosidade do inimputável é presumida – ela simplesmente existe; é uma espécie de cânone inflexível no nosso direito penal. Se o portador de transtorno mental pratica crime apenado com reclusão, tem periculosidade e deve ser internado em manicômio judiciário pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos! Para a lei penal, a periculosidade é presunção de que todo portador de transtorno mental voltará a delinquir, causará risco à sociedade. É como se não devessem ser tratados como portadores de transtorno mental ou como se fossem, por opção, portadores de defeitos de ordem moral.

Ora, o Código Penal e a Lei de Execução Penal foram totalmente ultrapassados no que tange ao tratamento do portador de transtorno mental e em seu lugar deve se aplicar a Lei nº 10.216/01 que, diga-se, abrange o louco infrator ao tratar da internação compulsória – determinada pela Justiça.

E mais, a Lei nº 10.216/01 estabelece que a internação, em qualquer de suas modalidades, “só será autorizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos”; “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” e o tratamento terá a finalidade permanente de inserir o paciente em seu meio – ou seja, sua duração será a mínima possível (arts. 6º e 4º).

Portanto, não há mais que se falar em internação atrelada às disposições do Código Penal. Em termos penais, é de se afirmar que o tratamento compulsório, através da internação, só se sustenta eticamente se for absolutamente indispensável e que não é mais admissível que o juiz estabeleça o tratamento indicado ao paciente. Ao juiz compete, constatada a doença mental, oferecer o tratamento adequado de acordo com a indicação de equipe multidisciplinar.

É esta equipe que dirá qual o tratamento indicado para cada pessoa, individualmente considerada, detentora de dignidade, cidadania e titularidade de direitos.

A verdade é que o controle e tratamento do doente mental que comete crime não pode estar a cargo do direito penal, já que se trata de questão atinente à saúde pública.

Como consequência, os portadores de transtorno mental que praticaram crimes deverão ser tratados pelo sistema de saúde, preferencialmente em liberdade, vedada a permanência no sistema prisional. Em caso de prisão em flagrante ou cautelar, constatado o transtorno mental, o preso deverá ser imediatamente transferido, de acordo com parecer de equipe de saúde multiprofissional, para equipamento da

rede de saúde adequado ao seu caso, para tratamento. A internação compulsória só é eticamente admissível se for absolutamente indispensável e tiver por fim assegurar a saúde mental do paciente. A internação compulsória não poderá ultrapassar o tempo estritamente necessário para estabilização do quadro agudo, nos termos da indicação da equipe de saúde interdisciplinar; cessado este período, se necessário para manutenção de sua saúde mental, o paciente deve ser encaminhado para tratamento em liberdade, em equipamento da rede de saúde, de acordo com seu quadro e projeto terapêutico individualizado, elaborado por equipe de saúde.

Nesse sentido devemos caminhar até que chegue o dia em que não hajam mais manicômios judiciais no País e que todos os pacientes com transtorno mental sejam tratados pela Saúde, nos termos da Lei nº 10.216/01, que diz ser direito do doente mental ter acesso ao melhor tratamento oferecido pelo sistema de saúde e de ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Devemos lembrar, por fim, que a Lei nº 10.216/01 veda a internação em instituições de características asilares e, nesse ponto, enterra definitivamente o malfadado modelo “jurídico-terapêutico-punitivo-prisional” dos HCTPs.

Para mudar a realidade não basta vontade; é preciso coragem. É preciso ter coragem para admitir que o manicômio judiciário é um mal que não cabe abrandar, atribuindo-lhe finalidades filantrópicas.

É preciso ter coragem para garantir a efetivação da justiça, ainda que contra o desejo da maioria, para assegurar o respeito à dignidade de todos os cidadãos, principalmente de minorias de alguma forma marginalizadas. De cidadãos que sequer sabem que pertencem à categoria de cidadãos, que não sabem diferir justiça de injustiça e são as maiores vítimas da violência do Poder (pela ignorância, exclusão e abandono).

Não se pode desconhecer que, nos hospitais de custódia, o tratamento, quando existente, no mais das vezes é fundado em concepções não atualizadas, sem acesso à medicação adequada, métodos terapêuticos modernos, em que pese, em contrapartida, a crescente queda no número de leitos psiquiátricos em todo o País. No entanto, há que se ter em mente que, embora transtornos mentais ainda sejam incuráveis, na grande maioria dos casos, com tratamento e medicamento adequados, e acompanhamento profissional competente são controláveis, o que por si justifica, diante da realidade posta, a impropriedade extrema da manutenção desses seres humanos internados em presídios.

A proposta de desativação dos hospitais de custódia, ante a política antimanicomial que vem sendo adotada no sistema de saúde do País, caminha com o movimento histórico. Só quando o ideal de desinstitucionalização chegar ao sistema penitenciário é que se poderá falar em efetivação da reforma psiquiátrica.

Por ora, em que pesem todas as providências e determinações legais, muitas vezes até por ignorância, continuam sendo mantidas presas, em manicômios judiciais, centenas de pessoas com transtornos mentais, sem qualquer tipo de tratamento, em uma verdadeira armadilha, da qual não nos livraremos enquanto tivermos categorias de esquecidos, excluídos, intocáveis... ■