

Desafios da Desinternação de Pessoas com Transtornos Mentais no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes

Maria Izabel Almeida Valente

Mestre em Planejamento em Políticas Públicas - UECE

Maria Helena de Paula Frota

Doutora em Sociologia pela Universidade de Salamanca

Professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) da UECE

Resumo

Aborda a desinternação dos portadores de transtornos mentais no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes - CE, (HCTPGSG), buscando compreender os desafios vivenciados pelos familiares de doentes mentais com histórico de delitos no processo de desinternação. É uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada no período de abril a agosto de 2016, tendo como sujeitos os doentes mentais e seus familiares, com uma amostra de 90 prontuários jurídicos e 17 entrevistas. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram entrevistas semiestruturadas, formulário e diário de campo. Os dados analisados mostraram que o perfil dos internos se caracteriza por serem pessoas de baixo nível socioeconômico e cultural, procedentes, em sua maioria, da Região Metropolitana de Fortaleza, com faixa etária de 28 a 47 anos, solteiros, sem filhos, com baixo nível escolar, católicos, sem qualificação profissional. O transtorno mental de maior prevalência foi a esquizofrenia e o decorrente do uso de álcool e outras drogas. Faziam uso de drogas lícitas e ilícitas com tratamento anterior à internação, tanto ambulatorial como hospitalar. Em sua maioria, estão cumprindo medida de segurança e internados com até cinco anos. O maior delito praticado foi o homicídio e, em maior proporção pelos esquizofrênicos. As maiores vítimas foram os familiares, sobressaindo o sexo feminino. O instrumento mais utilizado nos delitos foi o contundente, por meio de pauladas. Os desafios da desinternação foram com maior relevância a dificuldade no tratamento psiquiátrico, acesso à rede de saúde mental, questão econômica, preconceito e o medo. Quanto ao apoio institucional, foram apontados o ensejo pelo encaminhamento ao Benefício de Prestação Continuada, tratamento de atenção aos riscos e danos para os usuários de drogas e terapia com dignidade humana no âmbito institucional. Nesta realidade, identificou-se a necessidade urgente de intervenção do Poder Público na garantia dos direitos e cuidados previstos pela Lei Federal nº 10.216/01.

Palavras-chave: Doença mental; Hospital de Custódia; Política Pública e Desinternação.

Abstract

This is a study regarding the de-hospitalization of patients with mental health disorders at 'Governador Stênio Gomes' Psychiatry and Custody Hospital (HCTPGSG). Our main objective was to investigate the challenges in the process, aiming at understanding the issues experienced by family members of the inmates that had a criminal history. Our project is a qualitative study, based on collection of data from 90 legal records and 17 interviews, conducted from April through August 2016, that investigated mentally ill subjects and their relatives. The data was collected through semi-structured interviews and field journals. The main results were as follows: we identified that the subjects had a lower socioeconomic and cultural background, dwelled in the Fortaleza Metropolitan area, had ages spanning from 28 to 47 years of age, were not married, had no children, had a low educational level, were catholics, had no professional qualification or trade, and were unemployed; the most common mental health disorder was schizophrenia, and alcohol and drug abuse; a large part of the inmates were admitted after being criminally prosecuted, and the median time of stay at the Hospital was 5 years; homicide was the most common crime, and schizophrenic patients were the main perpetrators; the victims were mainly their female relatives and were victims of blunt force trauma; difficulties in psychiatric treatment, the inefficiency of the public mental health care network, financial problems and discrimination were the most common challenges faced by the subjects; and further reach of financial aid to the families, a better approach to the treatment of drug addiction and a more humanized treatment by the institution were the main demands brought by both inmates and family members. Finally, there is an urgent necessity of intervention by the Government to preserve the rights of inmates and provide the care they need, in accordance to Federal Law n. 10.216/01.

Key words: Mental Illness; Custody Hospital; Public policy; De-hospitalization.

Introdução

Este artigo tem como objetivo compreender as questões vivenciadas pelos familiares na desinternação de pessoas com transtornos mentais e traçar o perfil social, psiquiátrico e jurídico desses doentes mentais que cumprem medidas judiciais, tendo como campo empírico de pesquisa o *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes* -- mais comumente conhecido como *Manicômio Judiciário do Ceará*, localizado no município de Itaitinga- CE.

A pesquisa é de natureza qualitativa, realizada no período de abril a agosto de 2016. Tem como sujeitos as famílias e os doentes mentais, utilizando como instrumentos de coleta de dados a entrevista semiestruturada, pesquisa documental com o uso de formulário e o diário de campo, com uma amostra de 17 familiares e 90 prontuários jurídicos.

O estudo de pessoas com transtorno mental que cumprem medidas judiciais, historicamente, ficou à margem da evolução da Psiquiatria, além de muitas vezes essas pessoas serem desrespeitadas no tocante aos direitos individuais e coletivos previstos pelas normas vigentes – desde a Constituição Federal, passando pelo Código Penal, pela Lei da Execução Penal (LEP), até os regulamentos das unidades de medida de segurança.

A reforma psiquiátrica no Brasil começou nos anos 1970, voltada para a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde. Surgiu de um período de crise do modelo de assistência centralizada no hospital psiquiátrico e da luta dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos.

Em 2001, foi promulgada pelo Congresso Nacional a Lei Federal nº 10.216 (Lei de Saúde Mental), redirecionando a assistência em saúde mental. O movimento da reforma psiquiátrica consolidou-se como política oficial do Governo Federal, visto que seu processo foi reconhecido como positivo e muitos de seus objetivos alcançados.

Apesar de a reforma psiquiátrica brasileira realizar, há algum tempo, novas medidas de atendimento ao doente mental, é recente a discussão a respeito de manicômios judiciais, onde acontece o duplo espaço de exclusão e violência.

O doente mental, ao infringir a lei, como todo cidadão, responde ao processo penal. Por não ter condição de compreender o ato delituoso, conforme determina o Código Penal Brasileiro, é considerado inimputável, não sendo responsabilizado penalmente pelo delito. A Justiça, então, converte a sanção penal em medida de segurança, pois, se não podem ser formalmente julgados como criminosos, por outro lado, não se há de desconsiderar o delito cometido, sendo então destinado, segundo requisito da Lei de Execução Penal (LEP), em seu art. 99, ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Governador Stênio Gomes não faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, não está submetido às normas gerais

de funcionamento do SUS, ao PNASH/Psiquiatria (Plano Nacional de Assistência Social Hospitalar).

Todas as pessoas que permanecem em um hospital de custódia têm uma vivência diferenciada dos usuários dos demais hospitais psiquiátricos. Além de conviverem com o rótulo de doentes mentais, pesam-lhe ainda a penalidade ocasionada pelo ato infracional e o estigma da periculosidade. São carentes de direitos sociais, temidas pela sociedade e desassistidas, muitas, vezes, por seus membros familiares.

As pessoas internadas nos manicômios judiciários, na atualidade, permanecem à margem do processo de desenvolvimento das reformas psiquiátricas, sobretudo “pela luta de garantia à assistência, à saúde pública e de qualidade e à proteção dos Direitos Humanos de um grupo social que há séculos é vítima de exclusão e preconceito” (BRASIL, 2005).

Reforma Psiquiátrica

O movimento de reforma psiquiátrica brasileira

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica iniciou-se nos anos de 1970. Foi implantada gradualmente como resultado de vários movimentos da luta antimanicomial e em decorrência das condições obsoletas em que os hospitais psiquiátricos se encontravam. Muitos doentes mentais estavam cronificados, além do tratamento desumano a que eram submetidos. Esses movimentos visavam a enquadrar os doentes mentais na garantia do respeito e do direito à cidadania e em novas possibilidades de reinserção sociofamiliar.

A Reforma Psiquiátrica brasileira caracterizou sua história influenciada pelos movimentos de políticas nacionais e internacionais, com propostas de mudanças para a superação da violência asilar.

Em 2001, o Projeto de Lei de Paulo Delgado, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, foi sancionado, trazendo modificações importantes no texto normativo, sendo denominada Lei Federal de nº 10.216/01 e conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Oferece tratamento e serviço de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, porém não instituiu mecanismos para a extinção dos manicômios (BRASIL, 2005).

Marcos legais da política pública de saúde mental nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico

Editada a Lei nº 10.216/2001, a Reforma Psiquiátrica avançou no Brasil. Nesse contexto, os Ministérios da Saúde e da Justiça, reconhecendo a necessidade da garantia do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, aprovaram, conjuntamente, portarias e resoluções voltadas à saúde mental no sistema prisional.

Diversos estudiosos da temática e instituições públicas, como o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, o Conselho Nacional de Justiça e o Ministério Público Federal concedem pareceres analisando e avaliando a condição ambígua dos HCTPs em relação a sua especificidade de ser uma unidade hospitalar e, ao mesmo tempo, uma unidade prisional. Analisam a Lei nº 10.216, que rege a Reforma Psiquiátrica e as transgressões que acontecem ferir os princípios e diretrizes dessa lei no tocante ao desrespeito por não oferecer atendimento às pessoas em sofrimento psíquico nos espaços extra-hospitalares. Sendo assim, sucedem um esforço intersetorial e um contínuo questionamento a respeito de qual instituição deverá de fato favorecer o tratamento psiquiátrico às pessoas em conflito com a lei. Como estabelecimento hospitalar, deveria receber tratamento integral pelo SUS, ser administrado pelo Ministério da Saúde e não ser subordinado ao sistema penitenciário.

Política Nacional de Saúde Mental – Programas de Inclusão Social à Pessoa com Transtorno Mental

Após a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, pela Lei Federal nº 8.080/90, diversas mudanças ocorreram no sistema brasileiro. Novas políticas públicas foram estabelecidas, entre elas a Política Nacional de Saúde Mental. Em 1991, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes dessa política, reestruturando a assistência psiquiátrica hospitalar para um novo modelo de atendimento. Visava à redução gradativa e contínua de leitos psiquiátricos; e, ao mesmo tempo, ao crescimento e fortalecimento de uma rede extra-hospitalar de atenção psicossocial aberta e comunitária, a fim de garantir o atendimento da pessoa em sofrimento psíquico no seu meio social.

A Política Nacional de Saúde Mental, objetivando a desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico com longo período de internação, disponibilizou a criação de vários programas e dispositivos de inclusão social. Dentre estes, se destacam os centros de atenção psicossocial (caps), a implantação do programa “De Volta para Casa” e os serviços

residenciais terapêuticos, por serem serviços de maior possibilidade de inclusão social da pessoa com transtorno mental, incluindo o infrator, quando do processo de desinternação.

A atual Constituição Federal, no âmbito da seguridade social, promulgou a Lei nº 8.742/93 – Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) – como outro dispositivo de inclusão das pessoas com deficiência, entre elas a deficiência mental.

Esta lei prevê ainda em seu texto a garantia do Benefício de Prestação Continuada (BPC) de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, desde que comprove não ter condição de prover a própria manutenção. (LOAS, 2009).

Manicômio Judiciário e a Sanção Penal

Manicômios judiciais no Brasil: por que e para quem?

Em termos mundiais, Dummar (2005, p.44.) cita que

[...] a expressão ‘Manicômio Judiciário’ é de origem italiana e este tipo de instituição passou a ser construído na metade do século XIX, quando surgiram, o Asilo de Brodmoor em Londres (1863), o de Aversa, na Itália (1876) e o State Form for Criminal Insane, nos Estados Unidos. (1884).

No Brasil, em 1903, após diversos delitos praticados por pessoas com transtorno psiquiátrico, surgiu a primeira legislação nacional de assistência ao doente mental. O Decreto nº 1.132/1903 regularizava “a assistência médico-legal aos alienados do Distrito Federal, com o objetivo de tornar essa medida regional modelo para a organização desse serviço nos diversos estados da União.” (FORTI, 2010, p.125).

O primeiro manicômio judiciário do País foi inaugurado em 23/05/1921, denominado Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, em homenagem ao seu idealizador e primeiro diretor, o psiquiatra Heitor Pereira Carrilho. “Naquela época, Carrilho já percebia que a assistência aos criminosos psiquiátricos é uma questão de cidadania, que o louco merece tratamento digno, não podendo ser tratado como um criminoso comum, pois não tem consciência dos seus atos.” (CARAVELAS, 2004, p.64).

Em 1984, com as reformas da legislação brasileira e por orientação da Lei de Execução Penal, os manicômios judiciais do Brasil passaram a ser chamados oficialmente de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP). Os primeiros manicômios judi-

ários surgiram como “resultado da necessidade de compatibilizar as concepções jurídicas relacionadas ao doente mental infrator com os conhecimentos e procedimentos médicos no trato destes doentes”. (MOURA FÉ, 1988, p.37).

O manicômio judiciário é um hospital-presídio que “custodia em sistema de reclusão e sob regime fechado, indivíduos portadores de sofrimento mental que cometeram crime”. (IBRAHIM, 2014, p.50). Por ser uma instituição prisional, é submetido às questões normativas do sistema penitenciário brasileiro como disciplina, vigilância e segurança.

Medidas de segurança: aspectos legais da internação do doente mental infrator no hospital de custódia e tratamento

O Sistema Penitenciário Brasileiro está regulamentado pela Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210/84, que, em seu artigo 1º, traz o objetivo de “efetivar as disposições, a sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado”.

No Brasil, o conceito de inimputabilidade penal surgiu no art. 22 do Código Penal Brasileiro (CPB) de 1940. Na reforma do atual Código Penal, esse conceito se manteve preservado em seu art. 26:

Art. 26 - É isento de pena o agente que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou de omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Parágrafo Único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento.

Nessa condição, a penalidade de um ato infracional cometido por uma pessoa por sofrer algum tipo de doença mental ou distúrbio psíquico, e que no tempo da infração não tinha condição de responder civilmente por seus atos, só ocorre após o exame de sanidade mental, realizado por um psiquiatra perito. Se no resultado desse exame for constatada a correlação do delito com o transtorno mental, em conformidade com o art.96 do CPB, o juiz

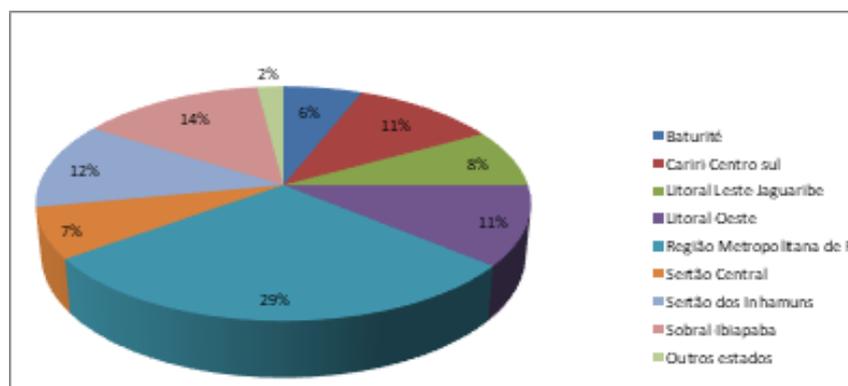
direciona a sanção penal na aplicação de uma medida de segurança. Esta isenta o sujeito da pena comum e define-se como a determinação de um tratamento, por via de internação, com privação de liberdade em um hospital de custódia e tratamento penitenciário (HCTP), ou, à falta, em outro estabelecimento adequado e a tratamento ambulatorial.

Resultados e discussão

Perfil de pessoas com transtornos mentais no HCTP – Governador Stênio Gomes

Apresentar o perfil social, jurídico e de saúde dos doentes mentais envolvidos com delitos proporciona maior conhecimento e mais visibilidade da vida dos sujeitos do estudo custodiados no HCTPGSG e, por conseguinte, facilita a compreensão no contexto sociofamiliar dos desafios de desinternação desses doentes mentais.

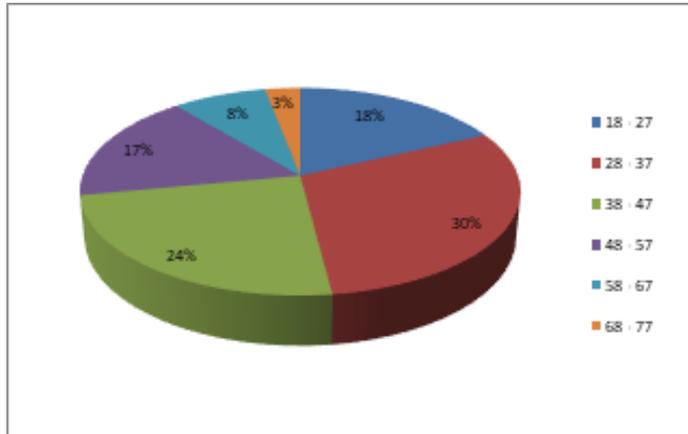
Gráfico 1 – Distribuição por local de domicílio



Fonte: Prontuários Jurídicos

Do universo de 90 internos, a maioria tem residência fixa na Região Metropolitana de Fortaleza, com 26(29%). No restante do Estado, a macrorregião de Sobral-Ibiapaba 13(14%) mostra-se como a de maior expressão de residência, demonstrando o mesmo índice no Censo Penitenciário do Estado do Ceará 2013/2014.

Gráfico 2 – Distribuição por faixa etária de idade dos internos do HCTPGSG

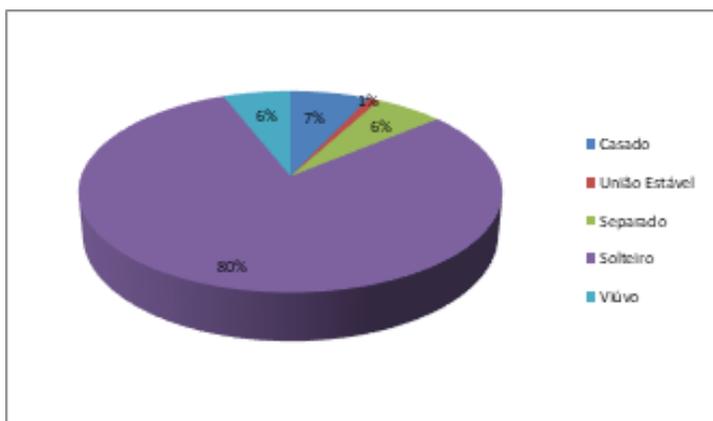


Fonte: Prontuários Jurídicos

A maior concentração na faixa etária do universo estudado está dos 28 aos 37 anos, com 27(30%), e dos 38 aos 47 anos, representada por 22 (24%). É bastante significativa a faixa etária dos 18 aos 27 anos, correspondendo a 16(18%), ou seja, 65(72%) dos internos estão na faixa etária dos 18 aos 47 anos.

O percentual de idade mostrado no estudo coincide com o período de idade produtiva do ser humano em que o portador de transtorno mental se exhibe, geralmente, incapacitado, em decorrência dos sintomas expressos na doença mental. Essa situação remete a uma dificuldade maior, quando o doente mental, ao cometer o delito, é submetido a internação em hospital de custódia e tratamento.

Gráfico 3 – Distribuição por Estado Civil

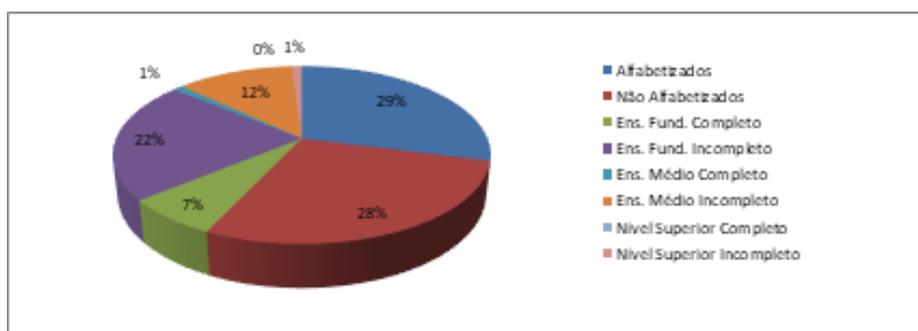


Fonte: Prontuários Jurídicos

Em relação ao estado civil, há maior representatividade de solteiros 72(80%). Essa condição é equivalente ao resultado do Censo Penitenciário do Estado do Ceará 2013/2014 e ao Censo 2011, realizado no sistema de hospitais de custódia do Brasil, de que o HCTPGSG fez parte. Verifica-se a mesma quantidade de separados e de viúvos, representados por 5 (6%) do universo pesquisado. Nesse dado, chama-se a atenção para o fato de que a viuvez

ocorreu exatamente por terem sido as esposas as vítimas dos delitos cometidos pelos internos.

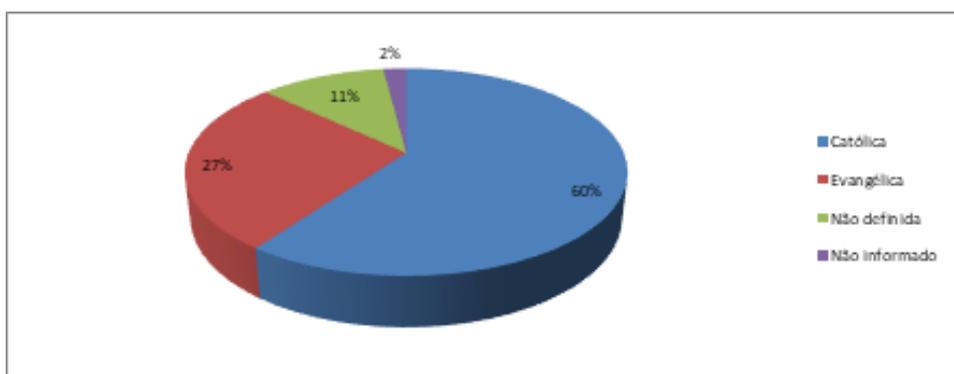
Gráfico 4 - Distribuição por Escolaridade



Fonte: Prontuários Jurídicos

Os dados revelam que são alfabetizados 26(29%) e não alfabetizados 25(28%). Número significativo de internos não concluiu o Ensino Fundamental 20(22%). Conforme gráfico, 71(79%) dos internos estão com baixa escolaridade. Apenas um ingressou no Ensino Superior sem conseguir, no entanto, concluir o terceiro grau. Na unidade onde ocorreu a pesquisa, é oferecida, por via de convênio entre a Secretaria de Educação (SEDUC) e a Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado, a modalidade EJA (Educação de Jovens e Adultos), objetivando reduzir o índice de analfabetismo e motivar o interno ao interesse pelos estudos. Observa-se não haver efetiva e contínua participação dos internos nas atividades escolares.

Gráfico 5 - Distribuição por Religião



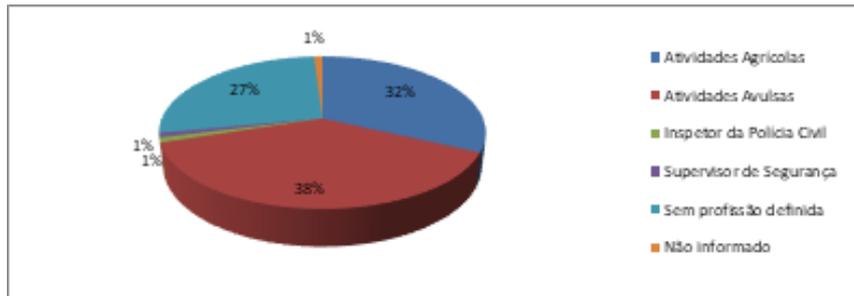
Fonte: Prontuários Jurídicos

Consta na pesquisa dado segundo o qual 54(60%) internos declararam pertencer à religião católica e 24(27%) à confissão evangélica. Na unidade onde foi realizada a pesquisa, há mais de dez anos e semanalmente, acontece o culto evangélico, coordenado por uma mesma equipe evangélica.

A expressiva presença dessa equipe criou laços de afetividade junto aos internos e permanente acolhimento humano e espiritual. Quanto à religião católica, mensalmente,

é realizada uma missa por meio da Pastoral Carcerária, também aberta à participação de todos os internos.

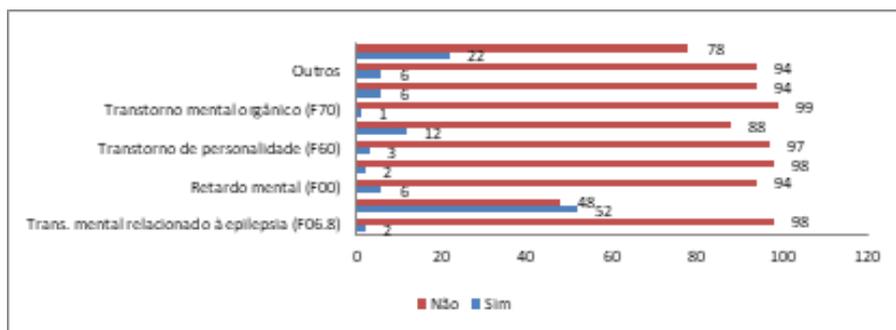
Gráfico 6 – Distribuição por profissões - Atividade laboral exercida antes da reclusão



Fonte: Prontuários Jurídicos

Os dados revelam uma proporção significativa de internos que exerciam ou haviam exercido 29 (32%) atividades agrícolas; 34 (38%) haviam trabalhado em alguma atividade de modo precário, informal e mal remunerado. Dois internos exerciam atividades profissionais, representados por 2(2%) com vínculo empregatício e 24(27%) não possuem nenhuma qualificação profissional. A inexistente ou baixa qualificação profissional deve estar associada também ao baixo nível de escolaridade e à questão do transtorno mental, pois os internos não conseguem, contínua e compromissadamente, permanecer engajados em qualquer atividade profissional.

Gráfico 7 – Distribuição por Diagnóstico da Doença

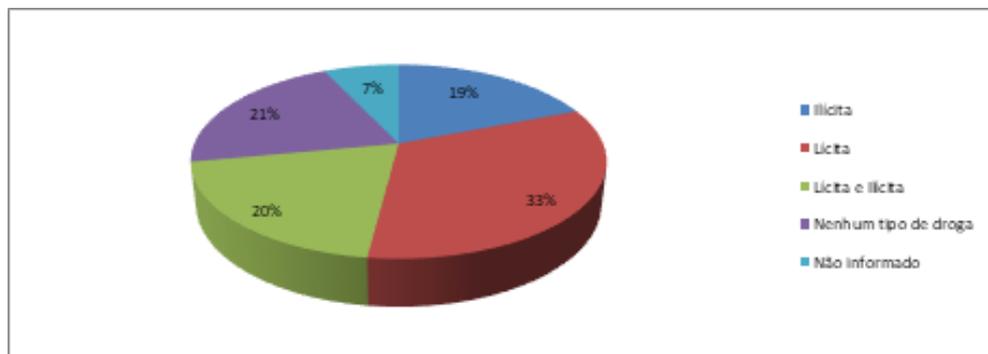


Fonte: Prontuários Jurídicos

A maior ocorrência de diagnóstico constatada entre os internos é a de esquizofrenia 47(52%). Em seguida, vem o diagnóstico de transtorno mental, em razão do uso de álcool e múltiplas drogas, com 11(12%).

Os internos que ainda não possuem diagnóstico consolidado equivalem a 20(22%). Torna-se esse dado significativo, uma vez que este exame é determinado pelo juiz, quando, no desenvolvimento da ação penal, há necessidade de esclarecer quanto à integridade mental do apenado em questão.

Gráfico 8 – Distribuição por uso de droga ou não



Fonte: Prontuários Jurídicos

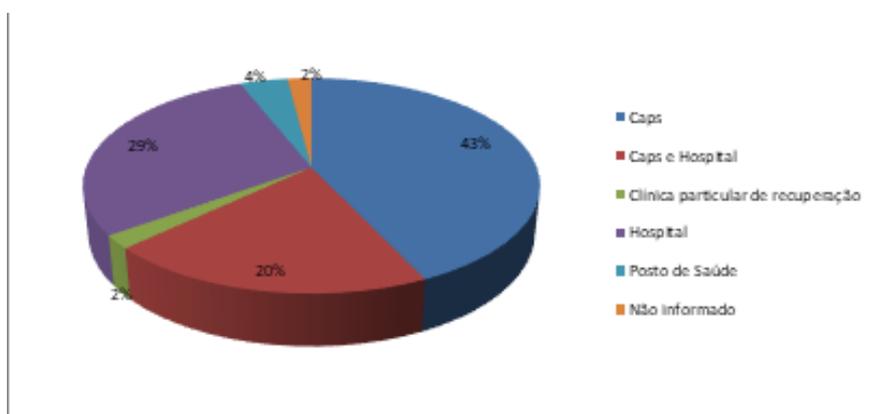
O consumo de drogas é compreendido no contexto social, econômico, político e cultural, atingindo todos os segmentos sociais. Na unidade, é significativa a presença de usuários de drogas, seja porque a dependência química os levou ao transtorno mental ou porque o uso agravou o transtorno mental evidenciado antes do consumo, proporcionando em ambas as situações o cometimento de violência com delitos.

Nesta pesquisa, verificou-se apenas o uso ou não de drogas lícitas e ilícitas, sem, no entanto, especificar qual o tipo, haja vista a limitação de informação nos prontuários jurídicos.

Percebe-se que o maior percentual do consumo de drogas na pesquisa encontra-se nas drogas lícitas, com 30(33%) dos internos.. Observa-se, no entanto, que 65(72%) dos internos fazem uso de drogas lícitas, ilícitas ou de ambas, tornando-se um dado significativo para um universo que, muitas vezes, já sendo portador de transtorno mental, compromete mais ainda o diagnóstico e o tratamento.

Não usaram nenhum tipo de droga 19(21%) e, portanto, sem nenhuma correlação de droga com o delito cometido.

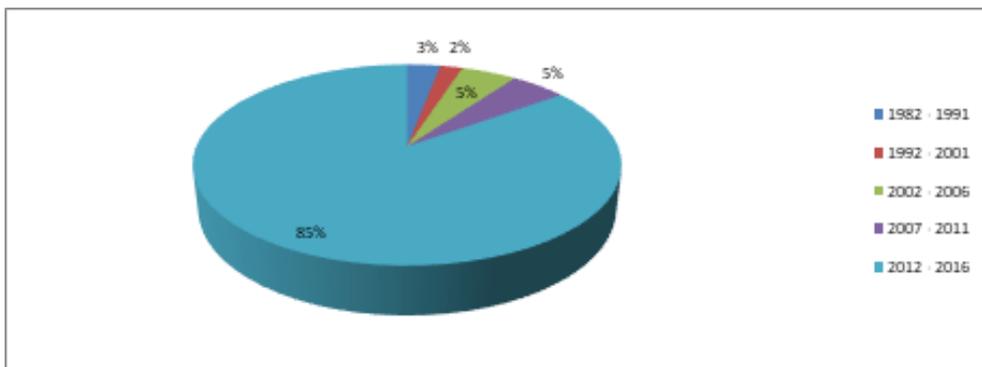
Gráfico 9 – Distribuição se antes da admissão fazia algum tratamento



Fonte: Prontuários Jurídicos

Dos 69 internos que haviam iniciado algum tratamento, percebe-se que 30(43%) haviam iniciado tratamento nos caps; 14(20%) nos caps e em hospitais, geralmente com internação, e 20(29%) haviam tido somente internações. Apesar desses quantitativos revelarem intervenção psiquiátrica, os delitos praticados pelos internos podem ser associados às difíceis condições socioeconômicas em que vivem e à carência de recursos psiquiátricos no plano preventivo. O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil culminou com a implantação de vários caps no plano nacional, estando o Ceará atualmente com 84 caps. Ainda se torna, no entanto, ineficiente sua abrangência em todos os municípios.

Gráfico 11 – Distribuição, por admissão, à Instituição (tempo de internação/reclusão no HCTPGSG)

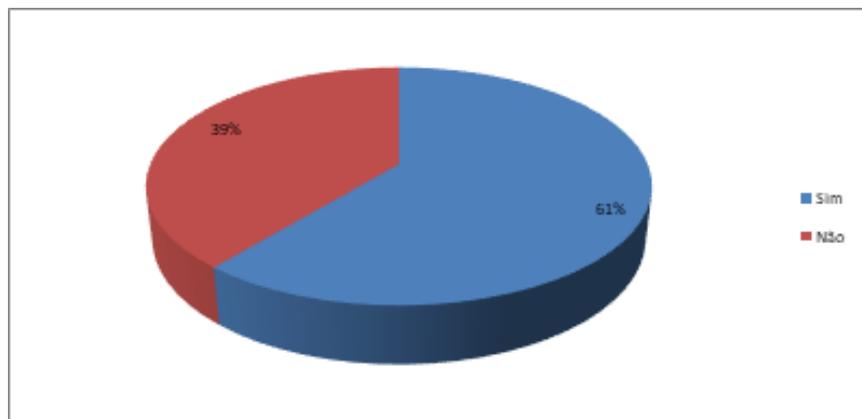


Fonte: Prontuários Jurídicos

Quanto ao tempo de permanência na instituição, até a data da pesquisa, 77(85%) da população pesquisada têm de um mês a cinco anos de internação. Outra parte de internos, oito (10%), denota período de internação compreendido de nove a 14 anos. O período de permanência pode estar associado ao fato de haver internos que são encaminhados para realizar laudo pericial e ficam reclusos muito além do prazo judicial previsto.

Na pesquisa realizada, foram encontrados cinco(5%) internos há mais de 15 anos institucionalizados por motivos diversos. Entre estes, a ausência familiar, perda do vínculo afetivo e rejeição para qualquer possibilidade de retorno ao convívio familiar e, por vezes, pela falta de estrutura na família em acolher na dinâmica familiar o interno com necessidade de cuidados no controle do transtorno mental.

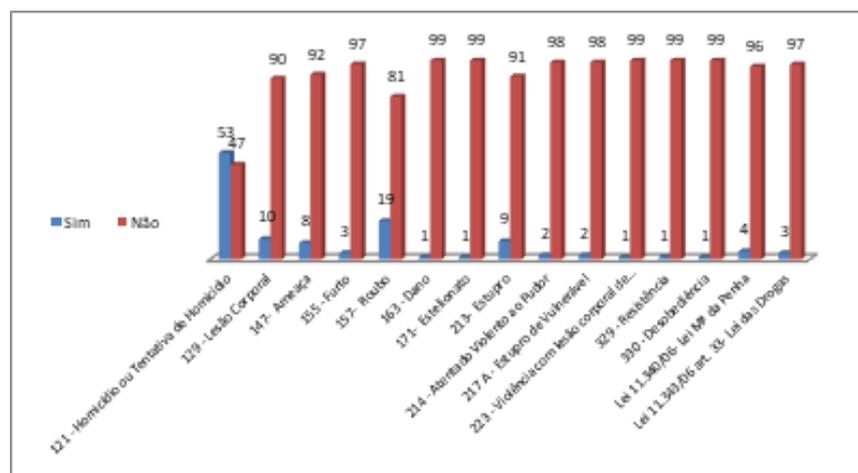
Gráfico 12- Distribuição por Reincidência



Fonte: Prontuários Jurídicos

A porcentagem de internos reincidentes 55(61%) suscita algumas reflexões, uma vez que esse dado pode indicar a falta de acesso das famílias à rede pública de atenção mental; a dificuldade da família junto ao interno na administração medicamentosa, favorecendo o surgimento de nova crise psiquiátrica e, por conseguinte, a prática de novos delitos, ou a determinação judicial de nova internação, ainda que seja referente ao mesmo processo judicial, quando o interno na comunidade denota comportamento considerado inadequado.

Gráfico 13 – Distribuição por Delitos



Fonte: Prontuários Jurídicos

A maior incidência de delitos cometidos pelos internos 48(53%) refere-se ao artigo 121, que compreende o homicídio, e o artigo 129, lesão corporal, com 9(10%). Há uma representativa incidência de delito por furto ou roubo, totalizando 20 (22%). Os crimes de estupro, estupro de vulnerável e atentado violento ao pudor, revogado pela Lei 12.015/2009, aparecem com 12(13%) de representatividade no universo pesquisado.

Os internos, ao cometerem delitos, sofrem um duplo processo de estigmatização. O primeiro processo se dá por serem pessoas com transtornos mentais e o segundo por serem consideradas perigosas à sociedade.

Tabela 1 - Delitos e Diagnósticos

IAG. ARTIGOS		Epilepsia	Esquizofrenia	Bipolar	Personalidade	Múltiplas Drogas	Mental Orgânico	Psicose Não Orgânica	Laudo Pericial	Outros
121	Homicídio	-	30		3	3	1	3	6	2
129	Lesão corporal	1	4	1	-	1	-	-	2	-
147	Ameaça	-	6	1	-	-	-	-	-	-
155	Furto	-	2	-	-	-	-	-	1	-
157	Roubo	-	5	-	-	6	-	-	3	3
163	Dano	-	-	1	-	-	-	-	-	-
171	Estelionato	-	1	-	-	-	-	-	-	-
213	Estupro	-	-	-	-	-	-	-	-	-
214	Atentado	1	3	-	-	2	-	-	2	-
217	Est de vulnerável	-	-	-	-	2	-	-	-	-
223	Violência	-	1	-	-	-	-	-	1	-
329	Resistência	-	-	-	-	1	-	-	-	-
330	Desobediência	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Lei		-	-	-	-	-	-	-	1	-
11.340/06		-	2	1	-	-	-	-	1	-
Lei		-	-	-	-	-	-	-	3	-
11.343/06		-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Prontuários Jurídicos do HCTPGSG -
Elaboração própria- 2016

Percebe-se na tabela que os internos, de modo geral, praticam com maior incidência o art.121, tendo considerável representatividade da ação delituosa pelos internos esquizofrênicos, com um total de 30. Os esquizofrênicos aparecem como os que mais também praticam o artigo 129, comparativamente aos demais, com o total de quatro e os que mais praticam ameaças, se sobressaindo em relação aos demais diagnósticos, com uma representação de seis internos.

O artigo 157 é também muito praticado pelos internos, totalizando 17 ações delituosas com maior relevância para aqueles com transtornos mentais em decorrência do uso de

álcool e múltiplas drogas, com um total de seis internos. Os casos de estupro e atentado violento ao pudor são delitos comuns praticados pelos internos, totalizando dez ações delituosas na pesquisa.

A violência contra a mulher também existe nas relações com os internos, pela Lei 11.343/06 – Lei Maria da Penha, representada na pesquisa por quatro internos.

Tabela 2 – Grau de envolvimento relacional (agressor-vítima)

Grau de envolvimento	Sim	%	Não	%	F	%	M	%
----------------------	-----	---	-----	---	---	---	---	---

FAMILIAR

Esposa	7	8	83	92	7	100	-	--
Companheira	1	1	89	99	1	100	-	-
Sogro(a)	2	2	88	88	1	-	1	100
Filho(a)	2	2	88	98	-	-	2	100
Mãe	12	13	78	87	12	100	-	-
Pai	5	6	85	94	-	-	5	100
Irmão(a)	5	6	85	94	3	60	2	40
Padrasto	2	2	88	98	-	-	2	100
Primo(a)	4	4	86	96	1	25	3	75
Sobrinho(a)]	1	1	89	99	-	-	1	100
Tia(a)	2	2	88	98	1	50	1	50
TOTAL	43	45			26	60	17	40

CONHECIDO (A)

Namorada	1	1	89	99	1	100	-	-
Amigo(a)	6	7	84	93	-	-	6	100
Vizinho(a)	10	11	80	89	5	50	5	50
Criança	5	6	85	94	4	80	1	20
Patrão(a)	2	2	88	98	-	-	2	100
Comunidade	5	6	85	94	3	60	2	40
TOTAL	29	31			13	45	16	55

DESCONHECIDO(A)

Amante da esposa	1	1	89	99	-	-	1	100
Criança	1	1	89	99	1	100	-	-
Comunidade	21	23	69	77	14	67	7	33
TOTAL	23	24			15	65	8	35

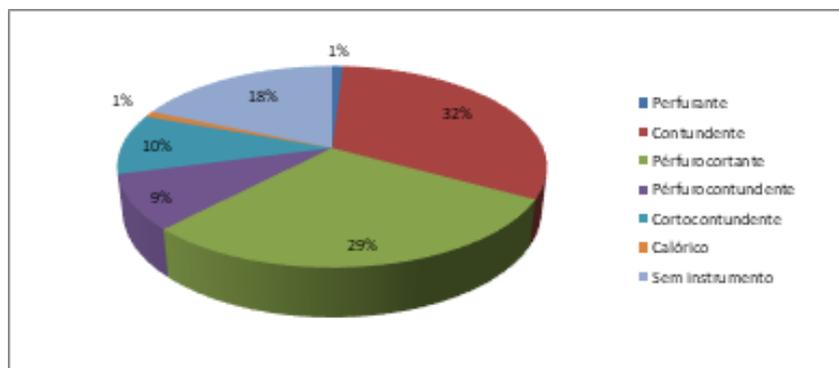
Fonte: Prontuários Jurídicos do HCTPGSG –
Elaboração própria- 2016

Quanto ao grau de envolvimento relacional do agressor-vítima, os dados revelam que ocorreram 95 vítimas, sendo que 43(45%) se relacionam ao grupo familiar. Na pesquisa, é expressiva a violência contra a figura da mãe 12(13%). Em seguida, é significativo o número de esposa e companheira vítimas de agressões dos internos, representado por oito (9%). Neste grupo, percebe-se que o sexo feminino é a maior vítima dos delitos praticados pelos internos, com 26(60%) na pesquisa.

Esses dados reafirmam que a violência doméstica é cultural e, independentemente do nível social e desenvolvimento tecnológico dos países acontece e, em especial, a violência contra a mulher. No universo dos internos com transtorno psiquiátrico, também existe esse tipo de violência em que os internos agredem as pessoas com quem mantêm maior laço de parentesco e afetividade.

No total da tabela, percebe-se que as mulheres são as principais vítimas de agressão destes internos, representadas por 54(57%) das 95 vítimas, enquanto os homens são representados por 41(43%).

Gráfico 14 – Distribuição por Instrumentos utilizados nos delitos

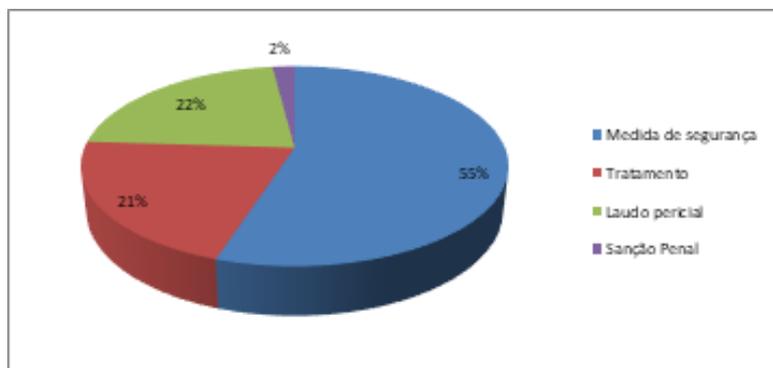


Fonte: Prontuários Jurídicos

A pesquisa revela que os instrumentos mais utilizados na prática dos delitos foram o contundente 29(32%), com um número significativo de delitos praticados por pauladas, 14(48%) dessa totalidade.

Em seguida vem o perfurocortante, com 27(29%), representado com maior relevância pelo uso da faca. Quanto ao perfurocontundente, houve oito (9%), com a utilização de sete projéteis de arma de fogo por meio do revólver e uma espingarda. O instrumento cortocontundente equivaleu nove (10%). Chama-se a atenção para o uso da foice cinco (55%) dessa representação. Não usaram instrumentos nos delitos praticados 19 (21%). Houve apenas um (1%) delito praticado tanto por instrumento perfurante, no caso uma tesoura, como por meio calórico, com emprego de álcool.

Gráfico 15 – Distribuição por Situação Jurídica



No que se refere à situação jurídica dos internos, destaca-se a situação em que os internos estão em cumprimento de medida de segurança, com 49(55%). Essa condição pode se dar por vários motivos. Entre eles, a continuidade da medida de segurança após o término do prazo determinado pelo juiz, desde que, no exame de verificação da cessação de periculosidade pelo psiquiatra-perito, este constate não ter cessado a periculosidade, prorrogando a permanência do interno.

Fonte: Prontuários Jurídicos

Outro motivo pelo qual se evidencia essa porcentagem pode se dar também pela não realização, em tempo hábil, da cessação ou não de periculosidade, associada à aplicação da medida de segurança e ausência, por vezes, de familiar, perpetuando a medida de segurança e não se concretizando a desinternação.

A internação para laudo pericial, representada na pesquisa por 20 (22%), geralmente, ocorre por determinação judicial. Mais uma vez, no entanto, se observa o não cumprimento do período de permanência dos internos, para que a realização desse laudo ocorra no prazo, fazendo com que o doente mental permaneça mais tempo internado.

Realizando tratamento psiquiátrico, estão 19(21%), com quase a mesma proporção daqueles que estão aguardando laudo. Essa situação também pode se justificar pelo fato de os internos permanecerem em liberdade condicional por um ano após a desinternação. Essa situação faz com que os internos se tornem passivos de reinternação, muitas vezes sem nenhuma alteração do seu quadro psiquiátrico.

Essa condição de tratamento também se dá para aqueles que, em cumprimento da sanção penal nas unidades do sistema prisional, venham a exibir distúrbios psiquiátricos com necessidade de acompanhamento médico-psiquiátrico enquanto perdurarem as sintomatologias.

Desafios dos desinternamentos na fala dos familiares

As entrevistas aconteceram com 17 famílias, responsáveis pela internação de seu familiar no HCTPGSG. Mediante o compromisso do sigilo profissional em resguardar as falas dos entrevistados, lhes atribuímos uma numeração correspondente de um a dezessete para que pudéssemos apresentar suas interlocuções.

Na escuta aos sujeitos da pesquisa, foram delimitadas seis categorias, primando por facilitar o registro e a compreensão das trajetórias da doença mental vivenciada pelos familiares com os internos e os desafios que consideraram relevantes na desinternação.

Nesse intuito, buscou-se a percepção dos componentes familiares quanto à doença mental, procurando se conhecer em qual contexto os familiares tomaram conhecimento da doença; tratamento anterior à internação no hospital de custódia; os sentimentos que envolveram esses familiares nos entrelaçados da doença mental e do ato delituoso; a perspectiva da família na desinternação; os desafios que consideraram pertinentes à desinternação e, por fim, o suporte institucional esperado pelos familiares.

Verificou-se nas entrevistas realizadas o fato de que, apesar de toda a conjuntura de mudança e tratamento voltada à doença mental, esta ainda é muito incompreendida pelos entrevistados. As maneiras de percepção acerca do surgimento da doença são múltiplas e relacionam-se de acordo com os níveis socioculturais das famílias e a gravidade dos sintomas da doença manifestada pelos internos. Com efeito, é oportuno trazer para este estudo as falas dos familiares transcritas a seguir:

[...] a gente achava ele tipo impulsivo, teimoso né... [...] A gente percebia que ele era aquele menino impulsivo, que ele queria as coisa né (E 1).

A gente só tinha como se fosse problemas de nevo, né? Porque a nossa família, a nossa mãe era uma pessoa muito nevosa... Aí, a gente só achava isso sabe?(E 12).

No histórico de tratamento realizado anteriormente à internação no HCTPGSG, foi comum nas falas dos entrevistados o fato de ter havido procura por tratamento médico, tanto em hospitais como nos caps, haja vista a gravidade da doença. Esta situação é retratada nas seguintes falas,

[...] Aí depois que a gente viu que ainda tava muito esquisito ainda, aí foi que alguém falou “Leve o ‘interno’ no médico” aí a gente levou ele no cap.[...]. Mas abandonava [...]. (E1).

[...] Pronto, aí nunca mais parou, Nosso Lar, IPC, Messejana, o Mira Lopes que fechou né, todos, todos ele esteve internado, nunca mais parou... Nunca mais. (E3).

Nas falas, entretanto, alguns entrevistados referiram não conhecer, assim como nunca ouviram falar a respeito de seu funcionamento. Outros familiares buscaram atendimento nas unidades de atenção básica ou nos hospitais gerais dos seus municípios:

Não, ele só começou a conhecer o caps depois que veio pra cá na primeira vez[...] Não...nada! Só ia pro Nosso Lar, Miray Lopez(E3).

Os sentimentos que o transtorno mental associado a delitos desperta na família é falar o quanto a doença mental é ainda não compreendida e difícil de lidar. A pesquisa revela que a expressão desses sentimentos varia conforme o estado de envolvimento emocional e laços afetivos de parentesco do familiar com o interno e, em alguns casos, destes com a vítima, como também da compreensão e da aceitação que a família tem da doença mental. Família que não tem informação e conhecimento sobre a doença mental pode levar a sentimentos e atitudes de incompreensão e intolerância.

No momento que aconteceu, a gente sentiu aquela revolta porque a gente cuidava bem direitim, fazia um horror de coisa por ele [choro] e aconteceu [...] Foi horrível...(choro) Eu fiquei três dias dentro de uma rede na sala.....(E 12). [...]tá sendo muito difícil, muito difícil... as coisas desandaram,[...] Ta Todo mundo sofrendo... (E2).

Ao serem indagados quanto à possibilidade de desinternação e ao retorno do interno ao convívio familiar, comprovou-se haver, na maioria das famílias, uma boa aceitação e interesse quanto ao seu retorno, conforme relato das falas a seguir,

Num tem problema, [...]. Que eu lhe digo do fundo do coração, num tem *problema*, eu recebo meu filho de todo coração. (E13).

Aí, eu fico imaginando: meu Deus, quando é que meu irmão vem pra casa? Quando é que a gente vai chegar lá e dizer 'vamo embora!?'". Porque eu acho que seria a alegria maior do mundo [choro] e é isso que eu quero, eu quero levar ele pra casa. (E 6).

Do universo pesquisado, no entanto, três familiares expressaram total rejeição em recebê-los. Vale ressaltar que esses internos estão institucionalizados há mais de 15 anos.

Os sujeitos da pesquisa expressaram, quanto aos desafios que enfrentam na desinternação de seus familiares no HCTPGSG, algumas questões concernentes à demanda de cuidado e ao convívio diário com o portador de transtorno mental. Esses pontos são importantes e necessários para o controle do acompanhamento dos internos, mencionadas a seguir. O tratamento psiquiátrico junto aos internos foi expresso nas falas como um dos desafios mais preocupantes em manter após a desinternação, uma vez que envolve algumas situações necessárias na garantia do tratamento.

Percebeu-se a necessidade de acesso a uma unidade de saúde para garantir a manutenção do tratamento. Nos municípios do Estado, os centros de atenção psicossocial implantados, nas falas dos entrevistados, não são ainda de conhecimento de todos quanto ao seu funcionamento e finalidade. Aqueles que conhecem abordaram como um desafio, haja vista o número ainda reduzido de Caps, dificultando o cadastro e o acesso aos internos.

Outro ponto se relaciona à medicação. Os centros de atenção psicossocial estão muitas vezes em precárias condições de assistência material, não havendo, sistematicamente, o acesso à medicação.

Não, a dificuldade que tem é quando eu não tiver como arrumar os remédios dele na hora que né... É porque os remédios dele não falta, eu sou tão prevenida...[...] Na prefeitura... Às vezes eu falo com os vereador e eles arruma, quando tá faltando lá naquele lugar lá , eu peço dinheiro aos vereador e eu compro na farmácia... é assim...(E8).

O número reduzido de profissionais nos caps é apontado como outro desafio, uma vez que, não tendo atendimento médico, não há prescrição para o controle medicamentoso, tampouco o atendimento de reabilitação psicossocial pelo restante da equipe interdisciplinar.

Eu vou pro caps, não tem psicóloga, não tinha assistente social e nem tinha o psiquiatra, agora tem o psiquiatra, agora tá com mais ou menos uns dois meses que ele tá lá né [...] Difícil o tratamento. Nunca fica uma equipe completa... Psicóloga, assistente social, psiquiatra... né, aí é muito difícil, fica os outros...[...] Difícil o tratamento... (E10).

O transporte para locomoção dos internos à unidade de saúde é outro desafio para a família. As prefeituras dos municípios não conseguem efetivamente garantir o transporte e as famílias em geral não dispõem de recursos financeiros para efetuar o pagamento.

Por causa do transporte né, agora se fosse uma coisa que fosse coisa que eu conversasse com a prefeitura e a prefeitura desse né? Carro pra levar nos dias certos né, era muito bom...(E8).

A adesão ao tratamento pelos internos é mais um desafio enfrentado pelos familiares. Os internos, muitas vezes, não aceitam a condição de enfermo da doença mental e se recusam a fazer o tratamento, tanto em comparecer às unidades de saúde como em tomar a medicação. O interno, não aceitando o tratamento, traz para a família insegurança e medo de cometer novo ato delituoso.

[...] o tratamento ele quer e num quer, é doutora, as vezes ele mesmo pede e as vezes acha que não precisa... a dificuldade é essa... que a dificuldade sabe como é? Que ele acha que não precisa tomar medicamento porque ele não é doido [...] tinha dias que ele ia com a minha irmã, numa boa, nos dias da consulta, era acompanhado, só que ele não aceita... ele diz que não é doido, não quer ... Isso é remédio de doido, vou tomar esse remédio não...(E1).

As influências econômicas negativas das famílias para prestar assistência material e apoio afetivo aos internos são mencionadas nas falas, desde sua permanência na unidade. Na desinternação, torna-se relevante, uma vez que, em geral, o interno não tem vínculo empregatício nem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) da previdência social, sendo todos os seus cuidados com assistência material, como alimentação, vestuário, medicação e transporte, assegurados pela família.

[...] E sobre alimentação eu num dá pra viver bem, bem... [...], nós se vira, aluguel essas coisas, eu tenho que me virar, num tenho muita saúde não, mas Deus dá um jeito, minha família me ajuda, os de Brasília, lá de Tamboril, às vezes eles mandam 100 reais, o outro manda feijão pra mim...(E5).

O preconceito de alguns membros da família e da comunidade ainda é um problema apontado nas famílias como desafio. E, portanto, as falas registram situações em que os internos são marcados pela comunidade, quando, por menor conduta de comportamento que exprimam, são vistos como ameaça, presos e encaminhados novamente à unidade hospitalar.

Bom, a dificuldade que a gente... A gente sempre tem, né? Num é dinheiro, *essas coisa*, não. É o dia-a-dia mesmo, né? É o povo que gosta de acusar, de julgar as pessoas, né? Só isso mesmo, né? [...] Porque as pessoa num julga mal os *outro*, né? Porque teve preso, porque... Né? Num faz diferença? [...] Sim, o preconceito,[...] E... Que eu não gosto muito dessas *coisa*, eu não faço isso com ninguém... Eu gosto de tá perto de pessoas *humilde* mesmo. É isso aí... A única coisa que eu acho que vai ter um pouco de preconceito, né? Preconceito sempre tem, em todo canto, né? Às vezes se recusa até de falar que existiu alguém na família da gente que foi assim, que foi assado, né? E a gente... E é isso, né?(E3).

O medo já retratado entre os familiares surge também como um desafio na desinternação. Os familiares revelaram o medo que têm de vingança das famílias das vítimas. O temor de represália dificulta, inclusive, o tratamento, uma vez que a família evita procurar os serviços de saúde se do Município que disponibiliza o atendimento for também o de residência da família da vítima.

A senhora tem medo é? Aí eu tenho medo, eu tenho medo sabe... Porque você sabe que a família não foi contra, mas sei lá que às vezes tem um mais novo, um sobrinho, você sabe que família é bicho que né, o sangue estoura né, é isso aí... Não, espera aí óh... eu nunca botei o tratamento dele lá no CAPS do Marco sabe por que? Porque no Marco é o lugar onde ele matou o cara, o cara é de lá do Marco...(E8).

No caso dos internos que foram usuários de droga, a desinternação passa para a família como um desafio, pelo temor de que haja uma recidiva ao consumo em razão do medo pela mudança de comportamento que denota no meio familiar. Familiares expressaram a dificuldade que têm de controlar o uso da droga junto ao interno e do receio de vir a cometer outros atos delituosos.

Tirar ele da droga. [...] Se ele usar droga.[...]Se ele não usar tá tudo perfeito, mas se ele usar eu vou caçar um internamento pra ele de novo...(E5).

Em relação à expectativa de suporte institucional durante a permanência do interno na unidade hospitalar, como na desinternação, os familiares demonstraram a necessidade de aspectos traduzidos nas falas a seguir.

Foi muito comum nas falas dos entrevistados o apoio no encaminhamento ao BPC em virtude da dificuldade financeira na manutenção diária dos internos com alimentação, vestuário, medicação, entre outros. Este benefício objetiva o apoio financeiro à subsistência daqueles sem condições de prover o autossustento. Esse apoio é esperado pelos familiares nas informações sobre obtenção do benefício e na declaração médica do diagnóstico da doença mental para fins de dar entrada do benefício junto à previdência social.

Por isso que eu quero o benefício dele não era pra me sustentar ou sustentar meus outros filhos, é pra sustentar ele, comprar uma chineliha pra ele, os remédios... Comida pra mode eu não deixar faltar...(E8).

Perpassaram o desejo de um tratamento ao combate do consumo de drogas no período de permanência na unidade. Apresentaram as dificuldades em lidar com o interno quando em consumo abusivo das drogas, em virtude da imprevisibilidade de seus comportamentos e o temor da prática de novos delitos.

Um tratamento pra tirar ele da droga, aí eu tô feliz. Ele num tá tratando pra sair da droga, num tá? (E5).

As falas demonstraram, também, a necessidade de maior assistência da equipe multidisciplinar do HCTPGSG, visando a um atendimento adequado ao diagnóstico para

garantir melhor acompanhamento e o controle da doença e, por conseguinte, alta em condições efetivas de permanência no convívio familiar.

[...] Eu acho que o apoio daqui, não só pra ele, mas pra todos, né, é que eles tivessem realmente o psicólogo, que é muito importante, né? [...] Trabalho, o trabalho lá dentro, né? E os *advogado* que possa trabalhar junto com eles, né, lá no Fórum. Porque não pode, eles têm que ser acompanhado, né? [...] mas poderia ter um tratamento mais avançado ainda, ta entendendo? [...]... e mais atividades para os doente, ta entendendo? Trabalho, estudo... Ta entendendo? Pra que eles pudessem assim melhorar a mente deles até mesmo no problema das drogas, porque a maioria deles são drogas né, e eu acho que poderia mudar muito mais aqui dentro [...] porque eles ficam dormindo, sonolento, parado, né... Não jogam, num faz nada né doutora, [...] (E9).

Solicitaram apoio na permanência dos internos na unidade somente no período equivalente à determinação judicial. Esse apoio relaciona-se à intensão da família na desinternação, haja vista sempre haver demora no processo jurídico, contribuindo, muitas vezes, para que o interno permaneça mais tempo do que o previsto no processo judicial.

É, que fosse só esse tempo que tá determinado, esses três meses, que a minha sobrinha desse papel que ela vai trazer aqui, ela assinou, chamaram ela lá... “Ei assina aqui, o ‘interno’ vai passar três mês em um tratamento, relaxamento, uma coisa assim. [...]]. (E1).

Os entrevistados apontaram as precárias instalações físicas do prédio, a falta de limpeza, vestuários sujos, mal higienizados e bebedouro sem funcionar, como uma situação difícil e sem respeito à dignidade humana a que são submetidos. Solicitaram, também, um tratamento respeitoso dos funcionários junto aos internos e aos familiares.

Essa realidade se exprime totalmente contraditória à Lei nº 10.216/2001, da proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, ferindo a LEP em seu art. nº12, quando diz que “a assistência material ao preso e ao internado consistirá no fornecimento de alimentação, vestuários e instalações higiênicas.” Diniz (p.36, 2011) acentua que “não obstante a legislação se mostre em consonância com o zelo pela dignidade humana, observa-se, na prática, que as prisões não conseguem cumprir a finalidade para qual foram criadas, exceto manter o preso segregado.”

[...] Eu acho que... Eu acho... Essa questão, essa questão, é... Física, né? É que também choca muito as pessoas que vêm da primeira vez. Eu fiquei, né? Limpeza... Higiene... Essas coisas... É... A carência tá ali. A gente vê a carência. Porque você vê, né? Quando... A primeira vez que eu entrei, que vi aquele mato ali na, bem no pátio que eles ficam... A maioria deles fica por ali, né? Aí tem aquele mato, aquela coisa ali... Já, de primeira, eu já: “vixe, Maria! Meu irmão tá... Deve tá sofrendo muito...”. Porque é sujo, não tem aquela coisa higiênica que você... Em casa você tem. Aqui ele não tem, né? [...] E as roupas também...[...]
Aí, a gente vê carência. Você passa ali, você vê aquela... Aqui não tem um bebedouro pra eles, né? Eu sei que às vezes a pessoa diz assim: “ah, mas.[..] Pois é. Aí... Assim... É a questão mesmo de higiene... Eu sei que eles não cuidam muito, né? É cada um por si, ali, faz as coisa ali... Mas, eu digo, sei lá... Eu não me sinto muito bem, assim... É diferente você entrar num ambiente que é limpo, né? Que a pessoa sente gosto de chegar, de ficar, de... Aí você sente aquele cheiro [risos]. Aí tem uns que você vê que precisa de ajuda e você não pode fazer nada... (E6). Só bem tratada... Só me respeitar, pronto, como todo mundo, porque tem muitos grosseiro, mas tem nada não, venho assim mesmo [...] Como eu mereço e como todo mundo aqui... eu sei quem são os querem cuidar desses meninos, eu sei quem são [...].(E3).

Considerando o movimento de Reforma Psiquiátrica voltado ao tratamento humanizado, essas falas retratam o modelo, ainda em curso, de tratamento ao doente mental no hospital de custódia. A falta de dignidade humana, expressa no cotidiano desses internos, demonstra a inexistência de intervenção da Política Pública de Saúde Mental.

Considerações Finais

Esta pesquisa teve como foco principal compreender as questões vivenciadas pelos componentes familiares de doentes mentais com histórico de delitos no HCTPGSG, evidenciando as dificuldades enfrentadas ao tratamento psiquiátrico após a desinternação.

A realidade desses doentes mentais é complexa. Institucionalizados no HCTPGSG, os internos perdem não só a liberdade, como também apontam a gravidade de não estarem sendo contemplados com seus direitos, principalmente os previstos pela Lei Federal nº 10.216/01, de proteção ao portador de transtorno mental, para a implementação da Reforma Psiquiátrica.

Os resultados, em linhas gerais, da condição social, psiquiátrica e jurídica desses doentes mentais revelaram ser pessoas de baixo nível socioeconômico e cultural, procedentes em sua maioria da Região Metropolitana de Fortaleza, com faixa etária predominante de 28 a 47 anos, solteiros, sem filhos, com baixo nível de escolaridade, tendo mais da metade concluído, no máximo, a alfabetização, católicos, sem qualificação profissional, prevalecendo o exercício de atividades informais e agrícolas. Esses dados denotam a incapacidade estabelecida entre o nível de aprendizagem escolar e as condições de ocupação profissional de que o doente mental é acometido, necessitando de uma assistência efetiva no atendimento psiquiátrico e reabilitação psicossocial. O diagnóstico da doença mental com maior predominância foi a esquizofrenia e, em seguida, o transtorno mental em virtude do uso de álcool e múltiplas drogas. A maioria já havia feito tratamento psiquiátrico ambulatorial ou hospitalar anteriormente à internação. O número de internos que fizeram uso de drogas lícitas ou ilícitas chama atenção para a necessidade de intervenção terapêutica.

No aspecto jurídico, a pesquisa revelou que a maioria está admitida, até cinco anos e que 15% do grupo pesquisado está há mais de cinco. O delito praticado com maior quantitativo foi o homicídio e também em maior proporção pelos doentes mentais com esquizofrenia. Em sua maioria, as vítimas nos delitos em geral foram os familiares, sendo o sexo feminino o mais vulnerável à agressão e à violência dos internos. O instrumento utilizado com maior preponderância foi o contundente, por meio de pauladas.

Constatou-se na pesquisa o fato de que, no contexto social onde os doentes mentais vivem, e, portanto, onde se manifestam os sintomas da doença, ainda é muito comum aos familiares a falta de esclarecimento do que seja a doença mental, tornando seus sintomas despercebidos como enfermidade mental, e, por conseguinte, o reconhecimento da gravidade da doença. Essa realidade pode contribuir para retardar o início do tratamento e não favorecer a redução dos delitos quando em surto psiquiátrico.

Os sentimentos expressados nas entrevistas levaram à compreensão de que ter um familiar internado no hospital de custódia representa um momento difícil de enfrentar e acompanhar o tratamento, e de sofrimento, significando dor, tristeza e angústia pelo envolvimento judicial e a internação.

A respeito da desinternação, a pesquisa revelou como um dado positivo o interesse à receptividade pela maioria dos familiares quanto ao retorno no meio familiar. Em relação àqueles com maior tempo de institucionalização, foi revelada na pesquisa total rejeição, sendo apontada por seus responsáveis a falta de suporte para mantê-los no convívio familiar, em virtude da gravidade e cronicidade da doença, que resultam em atitudes agressivas e violentas.

Os familiares apontaram alguns desafios que, sem nenhuma pretensão conclusiva, evidenciam a necessidade de intervenção do Plano Nacional de Saúde Mental. O grande

desafio para os familiares na desinternação ancorou-se na garantia do tratamento psiquiátrico no âmbito comunitário e social, em virtude da dificuldade de acesso à rede de atenção básica em saúde mental.

Concomitante a esse ponto, foi apontada a insuficiência do funcionamento dos caps, não só pelo número reduzido desses equipamentos implantados nos municípios, mas também pela deficiência de profissionais e assistência material, principalmente na medicação, o que caracteriza uma dimensão maior de intervenção ao nível de Política de Saúde Mental, para que possa de fato ser mantida a continuidade do tratamento prescrito. O influxo sobre o preconceito de doenças mentais envolvido com questões judiciais ainda é muito ocorrente no âmbito comunitário, levado à circunstância da falta de entendimento da doença. E o medo de vingança da família da vítima foi apontado como uma preocupação latente dos familiares na pesquisa, deixando, inclusive, de dar continuidade ao tratamento.

A questão econômica dos familiares foi mostrada como outro desafio na continuidade do tratamento, quando, em geral, os familiares são de baixa renda financeira e a atenção aos cuidados de saúde mental se tornam prioridades ante a experiência vivenciada da ação delituosa.

Considerando a difícil realidade financeira enfrentada pelo portador de transtorno mental junto aos seus membros familiares, foi comum a solicitação por apoio institucional quanto ao encaminhamento do Benefício de Prestação Continuada. Outro ponto suscitado pelos entrevistados diz respeito à necessidade de um tratamento de atenção aos riscos e danos para os internos que fizeram uso de drogas. Na realidade, a pesquisa denotou elevado índice de consumo de drogas lícitas e ilícitas, sem haver nenhuma intervenção terapêutica voltada, especificamente, a essa questão de tanta relevância na unidade hospitalar e prisional.

Um aspecto de suma importância revelado na pesquisa reportou-se às condições das instalações físicas do prédio, como a limpeza das acomodações, a higienização pessoal dos internos, a necessidade de maior abordagem da equipe multiprofissional e o tempo de permanência na unidade superior ao período judicial determinado.

Esses dados foram relevantes, apontando a necessidade urgente de uma intervenção do Poder Público no HCTPGSG, voltado à garantia de direito à saúde e à dignidade humana, preconizados nos Marcos Legais da Política Pública de Saúde Mental nos Hospitais de Custódia e Tratamento. Vale ressaltar que esses Marcos Legais avançam na luta por melhoria das condições de tratamento dispensado ao portador de transtorno mental.

No HCTPGSG, no que diz respeito às portarias Interministeriais dos ministros da Justiça e da Saúde, e resoluções aprovadas pelo CNJ, MPF, CNPCP, não se observa nenhuma mobilização de ações específicas a esta população reclusa e esquecida de aten-

ção à saúde mental que caracterize adequação e/ou alguma recomendação dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde.

É de enorme relevância entender que novas abordagens se fazem necessárias para compreender o fenômeno do transtorno mental, numa relação de infrator das normas, das leis e da justiça. Assim, é imprescindível uma reavaliação das abordagens voltadas a esses doentes mentais, respeitando, acima de tudo, seus direitos individuais.

Sob a óptica das políticas públicas direcionadas aos portadores de transtornos mentais envolvidos em delitos criminais e aos seus membros familiares, percebe-se a urgência de maior intervenção, de maneira a garantir os direitos e cuidados necessários. Essa situação se reflete nas precárias condições de assistência prestada aos doentes mentais, tanto no plano social, como no terreno jurídico e de saúde.

As análises e reflexões sobre a temática servem como ponto inicial para abertura de mais estudos, uma vez que o assunto focalizado não se esgotou nesta pesquisa, suscitando outras análises e questionamentos do momento atual, em que se encontram os doentes mentais na condição de cárcere de um sistema prisional.

Referências Bibliográficas

BRASIL. **Código Penal**. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

BRASIL. **Lei de Execução Penal**. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE> Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental do Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília-DF, 2009. Disponível em: www.nos.acompanhamentoterapeutico. Acesso em: 21 mar.2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. **LOAS**. Brasília, março, 2009. Disponível em: www.mds.gov.br/webarquivos/publicação/assistência_social/normativos/Loas_Anotada.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2016.

CARAVELAS, Luciana. A loucura nos dias atuais. In: MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira de. (Org.). **Saúde Mental e o Direito**: ensaios em homenagem ao professor Heitor Carrilho. São Paulo: Método, 2004.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: UNB, 2013.

DINIZ, Rita de Cássia Moura. **A Formação dos Trabalhadores da Saúde do Sistema Penitenciário** - cartografia dos saberes e práticas. Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação. Fortaleza,-CE, outubro, 2011.