

FUNDAÇÃO ESCOLA SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO
FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS

TRABALHO DE CONCLUSÃO

SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS
(A Teoria e a Prática da Assistência à Saúde Mental)

ALUNO: BRUNO MENDONÇA COSTA

ORIENTADOR: PROFESSOR TUPINAMBÁ PINTO DE AZEVEDO

ANO DE 2.008

1. INTRODUÇÃO

a) UMA DISSOCIAÇÃO A EXAMINAR

Há uma dissociação entre a realidade social, as leis e as teorizações que são feitas sobre a assistência ao cidadão no Brasil, incluindo-se a assistência à saúde, uma variável importante, fundamental e prioritária na vida de qualquer povo. Nenhuma pessoa pode sentir-se realmente bem se não estiver sadia, física e psicologicamente. A saúde física é, sem dúvida, de primordial importância. Um corpo sadio completa-se com uma saúde mental saudável.

A realidade sobre a saúde física e mental é triste para a maior parte dos brasileiros. Em maior ou menor grau, ela é injusta e desumana, dependendo da região e do tipo de assistência que se estude e das pessoas investigadas. Não se pode afirmar que por ser pobre, uma pessoa poderá apresentar maiores problemas de saúde, assim como seria falsa a afirmação de que uma pessoa rica poderá ser sadia física e mentalmente, simplesmente porque possui bons recursos financeiros.

No entanto, em todas as situações, torna-se necessária a análise de cada pessoa e das populações dentro das variáveis clássicas: biológica, social e psicológica. Para cada pessoa, mergulhada num determinado meio, estará pesando para mais ou para menos cada uma destas variáveis. O meio ambiente, portanto, com suas diversas variáveis, poderá ter uma incidência decisiva em determinadas circunstâncias sobre cada indivíduo, tanto em sua saúde física como na manutenção de sua saúde mental.

Não basta investigar a situação de cada indivíduo no seu meio e em suas diversas fases da vida. Sua situação deve se correlacionar aos diversos aspectos que fazem parte deste meio, entre os quais a educação, a habitação onde vive, seu trabalho, a religião e suas crenças, os eventos e fatos políticos, econômicos e sociais, as relações que mantém diariamente nas suas atividades laborativas, na família e em todos os outros lugares.

Pode-se imaginar, assim, que são infinitas as diversas variáveis que incidem na vida de cada pessoa. Apesar disso, algumas destas variáveis podem ser investigadas e medidas, o que ocorre num esforço universal para a compreensão das situações de vida de cada povo e do esforço em alcançar cada vez melhores condições de saúde para todos. Sem este diagnóstico, é evidente que é impossível organizar e estruturar sistemas capazes de planejar e alcançar os objetivos que pretende.

Há regiões, como no nordeste e norte do país, em que a vida existe em condições infra-humanas e vergonhosas. Outras, como no Rio Grande do Sul, onde as condições já são um pouco melhores e até, em alguns aspectos, semelhantes às de um país desenvolvido. Menos de 30% da população tem uma existência capaz de enquadrar-se dentro do desenho de uma sociedade civilizada, no que diz respeito à assistência à saúde. O restante da população, em diferentes graus e de diversas maneiras, o que faz é lutar apenas para sobreviver.

Poderá se ter como objetivo alcançar patamares que se aproximem de uma situação melhor para todo os habitantes do país. Para isso, torna-se necessário o estudo de cada região, até de cada município em particular, com um diagnóstico preciso sobre suas condições reais, seus recursos materiais e humanos e suas potencialidades. E o estudo de cada município brasileiro já foi feito, como será visto adiante, podendo-se diagnosticar as prioridades tanto em nível de região como até mesmo do próprio município em estudo.

O fato de que a legislação esteja à frente das condições reais, é um fator positivo. Mas torna mais saliente a dissociação que se quer cada vez menor entre os aspectos teóricos da assistência e sua prática diária. As leis apresentam as idéias generosas de seus autores e dos objetivos e ideais a serem alcançados. Em muitos aspectos representam uma visão utópica. Mas que seria do ser humano sem as utopias? Podemos pensar e a lutar como prescreve o artigo 4º da Constituição, inciso VI, que preconiza a paz no país e nas relações internacionais e pensar, junto com Paulo Bonavides, que a paz é “axioma

da democracia”, que “a guerra é um crime e a paz é um direito”, no direito à paz “como supremo direito da humanidade”, “tida por direito fundamental e erguida à categoria de direito positivo”, “ontem, um conceito filosófico, hoje, um direito jurídico”.(*O Direito à Paz, Paulo Bonavides, F. S. P., 03.12.06*).

b) A REALIDADE CRUEL DE VÁRIAS REGIÕES

Esta realidade pode ser representada por vários dados, que existem em abundância fornecidos por instituições como o IBGE e o SUS. Para este trabalho, preferimos utilizar o conceito de “exclusão social”, cujos índices levam em consideração os índices habituais e, de forma mais complexa e criativa, consegue apresentar a situação de cada município em particular. Dispensamos, assim, a apresentação de dados oriundos de outras fontes, por imaginar que os dados do Atlas de Exclusão Social são suficientes para se tornar uma visão clara sobre a situação das várias regiões e municípios brasileiros.

c) A IMPORTÂNCIA DA DEMOGRAFIA

Em primeiro lugar, vejamos as questões relacionadas à demografia. A população de um país, pode ser vista de duas maneiras, aparentemente contraditórias. Ela é um *problema*, por causa das dificuldades que acarreta, pois quanto mais pessoas existem, mais bocas para alimentar, mais serviços de assistência de todos os tipos, mais escolas, mais ambulatórios e mais hospitais. Enfim, mais despesas para o Estado.

Na concepção de um “neo-liberal”, em que a proposta é o “Estado Mínimo”, evidentemente despesas do Estado com assistência de qualquer tipo não são aceitas. A idéia é de que, mais cedo ou mais tarde, cada cidadão poderá conquistar um *status* social, com um nível de padrão de vida capaz de livrá-lo das *garras* do Estado. Será, por isso, um homem mais livre, em relação àquele que precisa do Estado para

sobreviver. Por conta própria, será capaz de conseguir arcar com todas as despesas suas e de sua família, prescindindo da ajuda do Estado. É uma visão boa para 30% da população do país, é péssima para os restantes.

Uma população pobre na sua maior parte dependerá muito mais dos serviços do Estado para conseguir melhores condições de vida. O tipo de Estado e a forma de seu funcionamento se apresenta, assim, como um aspecto importante no diagnóstico, interpretação e encaminhamento de planejamentos e soluções dos problemas individuais e coletivos.

Mas, uma densidade maior da população pode não ser vista como um problema e sim como uma *solução*. Quanto mais pessoas, mais potencialidades em todos os aspectos, mais cérebros, maior criatividade, maior circulação de moeda, maior produção, maior riqueza para todos. Mais “capital humano”. Assim como se tem mais capital ao se aumentar a produção e a produtividade de um país, mais capital humano se acumular ao se ter uma maior população. E assim como ocorrem diferentes níveis de capital em cada região dependentes da produção, do mesmo modo diferentes níveis de capital humano poderão surgir em cada região do país.

No entanto, são produções diferentes e de certa maneira não comparáveis. È relativamente mais fácil fabricar computadores em grande quantidade do que “produzir” “capital humano” de “boa qualidade”. A produção do capital humano exige da sociedade muito mais criatividade, organização, solidariedade e planejamento para o futuro. Sem o cumprimento efetivo e concreto dos direitos humanos individuais e coletivos, fundamentais, econômicos, políticos e sociais, não há possibilidade de desenvolver a produção do capital humano na quantidade e qualidade que são possíveis na teoria.

Por outro lado, sem este esforço coletivo da sociedade organizada, permanecem utópicos e virtuais todos os direitos apregoados em todos os textos legais.

A busca de um Estado capaz de garantir efetivamente tais objetivos passa a ser o objetivo de todo aquele que defende os direitos humanos dos diversos tipos de discursos e da legislação existentes no nosso país.

Nossa visão está relacionada à segunda alternativa. Na verdade, a primeira alternativa, a de considerar a população como um *“problema”*, deveria ser *“riscada”* de nossos pensamentos, pois a realidade nos mostra que só a segunda alternativa é que corresponde a uma maneira de pensar mais progressista, otimista e humana.

Dentro da primeira alternativa, encontram-se soluções como o controle da natalidade através de laqueadura de trompas das mulheres e da vasectomia nos homens. Desta maneira, segundo alguns planejadores, se alcançaria uma menor natalidade e, por consequência, uma população menor. Uma população menor daria como consequência maiores facilidades de administrar os serviços de assistência e menos despesas.

Mas está provado que a melhora do padrão social num país produz o equilíbrio populacional, sem estas medidas que atentam contra a ética. Isso é tão claro que há países na Europa em que a população está diminuindo, passando a existir, então, um problema inverso, a necessidade da imigração para que continuem os serviços funcionando a contento da sociedade.

Os imigrantes, como se sabe, passam a ser peças importantes para funcionamento básico de serviços fundamentais, mas ainda considerados *“inferiores”* e seus serviços pagos com baixa remuneração. Os direitos humanos não colocam hierarquias deste tipo nas diferentes atividades laborativas, não há tarefas *“superiores”* e *“inferiores”*, mas a remuneração de fato pode colocar as pessoas num patamar de padrão de vida inferior às necessidades básicas. Daí as inevitáveis revoltas populares como as vistas na França, na periferia da Paris, com milhares de automóveis destruídos, num ambiente de guerra civil.

Acreditar que a diminuição da população pode ser uma fórmula para a solução dos problemas sociais, não passa de uma visão simplista sobre os seres humanos que vivem em sociedade, desconhecendo a sua complexidade variável para cada agrupamento de pessoas e de suas necessidades.

Assim, por exemplo, a região norte de nosso país (a região amazônica), apresenta uma demografia que podemos chamar de “negativa”. Lá precisamos de mais gente, principalmente quando aumenta a cobiça internacional sobre a Amazônia, sob o pretexto de que esta imensa área deve ser preservada para benefício da humanidade.

Surge, então, a tese da internacionalização da Amazônia, como medida capaz de controlar o meio ambiente, mas, por detrás de medidas de boa intenção, os interesses econômicos voltados principalmente para os minérios da região. Evidentemente que um monitoramento técnico moderno é fundamental. Mas esta medida, por mais sofisticada que seja, junto com deslocamento de militares e postos avançados, não proporciona a segurança desejada pelo país.

Felizmente, a população aumenta na região, formando núcleos de povoações e futuras cidades, construindo de uma forma mais apropriada à segurança desta imensa região, deteriorada pelos negócios imediatos voltados ao desmatamento, o plantio de soja e a criação de gado, numa falsa visão de que isso se constitui em parte do progresso do país.

A região sudeste e sul, mostra-nos uma situação completamente diferente. Há um índice populacional bastante elevado por km², muito semelhante ao que existe nos denominados países desenvolvidos.

O que vemos, salta aos olhos do observador comum. As regiões pouco povoadas são atrasadas e as populações vivem na pobreza ou quase na miséria. Nas regiões com um índice populacional elevado, tal como se observa no norte do Estado do Rio Grande do Sul, as populações vivem numa situação social bastante melhor, com alguns municípios

apresentando-se como exemplos positivos em muitos aspectos sociais. São regiões com elevada população, distribuída em propriedades rurais de tamanho pequeno ou médio e em cidades igualmente pequenas ou médias. Diferente do que este cenário é o que ocorre na metade sul do mesmo Estado, onde predominam as grandes propriedades rurais, com uma baixa concentração populacional.

Vemos, por outro lado, regiões densamente povoadas, como as do nordeste, onde as populações vivem na extrema pobreza ou na miséria. Ao contrário do que acontece em regiões como o norte do Rio Grande do Sul, estas populações vivem em áreas onde predominam as grandes propriedades rurais, os denominados latifúndios, em sua maioria improdutivos. De vez em quando a imprensa noticia casos de trabalho escravo em algumas destas propriedades.

Se compararmos as regiões mais densamente povoadas, onde ao mesmo tempo existem pequenas ou médias propriedades rurais, poderemos chegar a conclusão de que a situação se assemelha ao que acontece nos países europeus mais desenvolvidos ou até mesmo em muitas áreas com maior desenvolvimento como nos EE. UU.

Logo adiante, colocamos uma pequena tabela, construída com dados tomados do Atlas de Exclusão Social, onde constam diversos municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Chama a atenção o lugar privilegiado de Porto Alegre, com o 6º lugar no *ranking* enquanto um outro situado na zona sul, área de latifúndios, ocupa o no *ranking*. É interessante examinarmos os índices que correspondem a tais municípios, o que pode ser visto de forma simples e clara na tabela em referência.

Poderíamos pensar que a riqueza de algumas famílias, seria um aspecto importante para a compreensão da problemática social. Ela pode ser vista como parte desta problemática. Mas, não é por causa desta concentração que o padrão social das populações é maior ou menor. Assim, por exemplo, vemos uma região como a da fronteira (Livramento, Uruguiana), onde encontramos uma concentração de famílias ricas. Mas também encontramos uma concentração de famílias ricas em regiões onde a

problemática social tem melhores soluções quanto à assistência, como é o caso de Caxias do Sul.

Não se trata, assim, de um diagnóstico da situação individual relacionada à riqueza de algumas pessoas, e sim, sobre o emprego desta riqueza por parte destas pessoas. Ou seja, a família rica da fronteira, emprega seu capital no próprio local em que reside, mas também em outros locais onde seu rendimento poderá ser mais atraente. O mesmo raciocínio pode ser feito com relação às regiões do norte do país, onde ocorre desmatamento, plantio de soja e criação de gado. Onde estão as famílias ou grupos econômicos ou empresas que colocam seus capitais nestas atividadesw

De fato, tais produtos pesam positivamente na formação do PIB, mas em nada este PIB se reflete na melhora das populações locais. As riquezas provenientes destas atividades provavelmente continuam a ser empregadas no próprio local, mas também poderão ser deslocadas para outros setores da economia nacional ou internacional, onde o rendimento é mais atraente.

O planejamento econômico de cada região e as riquezas oriundas da produção, deveriam redundar numa melhor assistência às populações e não simplesmente um acréscimo de riqueza nas mãos de uma minoria, sem um retorno efetivo para os mais pobres, desde que neste planejamento de fato se considerasse como correta socialmente a procura do aumento de produtos para a venda em nível nacional ou internacional. De que adianta o aumento contínuo do PIB se isso não se converte numa melhoria para a população?

d) POPULAÇÃO DE GRANDE TAMANHO: PROBLEMA OU SOLUÇÃO?

Chegaremos a conclusão, portanto, que historicamente acaba sendo melhor para os países e para as pessoas que os habitam, as regiões com pequenas ou médias propriedades rurais e com elevada população.

É costume ligar os aspectos demográficos com um padrão de vida melhor ou pior das pessoas, ao se atribuir que em regiões como o nordeste, por exemplo, elas é que são culpadas pela situação de pobreza ou miséria em que se encontram, porque as famílias tem muitos filhos, multiplicando, desta forma, a pobreza de todos.

Ou seja, as vítimas da situação social são as culpadas desta mesma situação em que se encontram.

Surge, como consequência lógica, a solução para tal problema, relacionada à limitação dos filhos. Nascendo menos pessoas obviamente, dirão os que defendem este tipo de tese, as pessoas terão melhores condições de vida e desaparecerá a pobreza ou a miséria.

Ora, é possível afirmar que a miséria continuará mesmo que diminuam os nascimentos, o que pode ser feito através do controle de natalidade por via cirúrgica (vasectomia e laqueadura de trompas) ou pelo fornecimento de pilulas anti-concepcionais ou outros procedimentos que incluam hormônios. Programas deste tipo são feitos em nosso país há várias décadas e nem por isso houve diminuição da miséria nestas regiões mais populosas e mais pobres, como no nordeste. Tais programas também foram feitas em outros países, como na Índia, por exemplo, sem que isso modificasse a situação de pobreza das populações.

Portanto, diminuição da população e controle da natalidade (não confundir com planejamento familiar) não contribuem para a diminuição da miséria.

A prática mostra-nos que a pobreza contribui para a formação de mais pobreza, salvo se houver intervenções capazes de modificar este círculo vicioso. Estas intervenções podem ser feitas tanto pelo Estado, como pelas organizações civis (ONGs, organizações filantrópicas e religiosas, cidadãos e personalidades) e até por empresas privadas em

que seus dirigentes tenham consciência sobre a importância social que podem desempenhar.

O Estado, no entanto, surge como a principal instituição, a mais capaz de promover a quebra deste círculo vicioso, promovendo programas econômico-financeiros abrangentes capazes de modificar a situação social das regiões e das próprias pessoas.

e) O ESTADO COMO AGENTE TRANSFORMADOR

Cabe ao Estado realizar planejamentos adequados para cada região, de acordo com as necessidades das áreas em estudo e das populações que nelas vivem. É possível organizar campanhas de alfabetização, promovidas por voluntários, empreendendo caravanas de estudantes e de pessoas entusiasmadas com programas capazes de retirar grande parte destas populações do analfabetismo. Ao mesmo tempo, este mesmo Estado poderá promover a reforma agrária onde ela for indicada, propiciando aos agricultores os meios adequados para as finalidades a serem alcançadas. De nada adianta apenas a distribuição de terras, um lote para cada um, sem a organização adequada destas populações, os meios de sobrevivência, a criação de organismos financiadores próprios, as cooperativas e instrumentos e máquinas agrícolas. Isso, que parece uma utopia, foi feito, ao longo do tempo, e já existe na realidade do norte do Estado do Rio Grande do Sul.

Junto com tais empreendimentos, estará o posto de saúde, o pequeno e o médio hospital, a escola primária e secundária, o banco, as igrejas, a prefeitura e seus organismos. Ao mesmo tempo estará a representação da sociedade organizada, o Juiz, o Promotor, o Delegado, o Prefeito, os Vereadores, os partidos políticos organizados, a sociedade civil organizada.

Toda esta trama que forma o tecido social, poderá surgir num mesmo momento e crescer juntos, produzindo diferentes patamares de desenvolvimento em cada

município, de acordo com as capacidades que existem nestas localidades, já provadas na prática através de suas histórias.

Assim, a assistência à saúde poderá aperfeiçoar-se gradualmente, desde níveis primários de atendimento até níveis mais elevados, de acordo com as necessidades das populações a serem assistidas.

Estes objetivos já são vistos atualmente em muitos aspectos em diferentes municípios do Estado do Rio Grande do Sul, graças aos esforços das instituições que trabalham nestas localidades. Mas muito ainda tem que ser realizado, uma vez que distorções e soluções inadequadas muitas vezes são levadas à prática.

Não tem sentido, por exemplo, o vai-e-vem de ambulâncias dos municípios para a Capital, levando pessoas doentes desde o interior para a cidade maior, na presunção de que necessitam deste tipo de assistência. Estas caravanas de doentes que migram do interior para a Capital, acabam por criar problemas aos meios de assistenciais, quando, em grande número, os problemas poderiam ser resolvidos nas próprias localidades.

f) A DOENÇA COMO ENTRAVE AO PROGRESSO

O atendimento de doentes, portanto, deve se fazer no planejamento de cada município, de acordo com suas peculiaridades e os recursos que já possuem. O Estado, através de seus órgãos competentes, poderá fornecer a ajuda necessária para que as deficiências sejam sanadas gradualmente, de acordo com um adequado planejamento cooperativo entre Estado e Município.

g) UMA CONSTITUIÇÃO JUSTA E GENEROSA

Ora, diz nossa Constituição:

Artigo 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I – homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações ...

Se todos são iguais perante a lei, evidentemente todos merecem ter um mínimo de condição de vida segura e civilizada, sob a proteção de todos os organismos já referidos e com um sistema de atendimento capaz de proporcionar promoção, prevenção e tratamento à saúde do cidadão. Cabe ao Estado pensar, planejar e colocar em prática os meios para que estes objetivos sejam alcançados. O objetivo é alcançar “um mínimo de vida digna”. O que é vida digna... É um conceito apenas teórico ou é um objetivo que poderá ser alcançado, desde que seja um esforço político para isso...

Muitos consideram utópicos e irrealizáveis vários dos objetivos apregoados por nossa Constituição. No entanto, nada há de utopia nos objetivos que nossa Lei Maior preconiza. Antes dela, através do tempo, muitos outros textos já defendiam os direitos dos cidadãos e graças ao esforço universal de muitas gerações é que muitos dos objetivos considerados utópicos vem sendo conseguidos.

Assim, ao lermos o que diz a “Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (02.10.1.789, versão francesa):

Art. 1º - A finalidade da sociedade é a felicidade comum. ...

Art. 2º - Estes direitos são a igualdade, a liberdade, a segurança, a propriedade.

Art. 3º - Todos os homens são iguais pela natureza e perante a lei”,

Podemos chegar ao convencimento que daquela época até hoje houve um progresso e que muito do que se pregava já se alcançou para muitas populações do mundo.

h) A PROCURA DA FELICIDADE, UMA UTOPIA?

A “igualdade radical” que prega que “... ninguém (nenhum indivíduo, gênero, etnia, classe social, grupo religioso ou nação) pode afirmar-se superior aos demais...” pode ser perseguida e alcançada, desde que haja um grande esforço por parte de um número crescente de cidadãos de todos os países. É possível, até, que a própria guerra seja eliminada da face da terra, no momento em que os povos não a aceitem mais, em hipótese alguma, substituindo a destruição que elas provocam pela construção através do diálogo e da negociação.

Poderemos, então, talvez alcançar o que preconiza a Declaração Universal dos Direitos do Homem (ideal comum a ser atingido por todos os povos):

Art. II – “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos”.

Art. V – Ninguém será submetido a tortura, nem a tratamentos ou castigo cruel, desumano ou degradante.

Art. VI – Todo homem tem direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei.

Art. IX – Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado.

Art. XIX – Todo homem tem direito à liberdade de opinião e expressão.

Art. XXV – Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e à sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis ...

Art. XXVI – Todo homem tem direito à educação. A educação deve ser gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais. A instrução elementar será obrigatória.

Estamos convencidos, portanto, que os direitos humanos já estão ampla e universalmente assegurados, em grande parte na teoria. O que falta é a organização da sociedade de forma eficiente para que de fato se possa dizer que eles existem na prática.

Podemos ter no mínimo duas atitudes perante a nossa realidade e a nossa prática diária: uma atitude contemplativa, em que observamos, diagnosticamos, discutimos e nada fazemos e uma atitude participativa, em que fazemos tudo isso, mas também procuramos mudar a realidade através de nossas intervenções. Esta é a atitude que serve mais à nossa população, inclusive com relação ao atendimento à saúde.

Esta é a atitude que norteia o presente trabalho. Discutem-se os aspectos gerais, para mostrar que aqueles que são enfocados pelo Trabalho de Conclusão inserem-se num cenário maior, que não pode ser esquecido.

Vale lembrar aqui, como ilustração, o que disse o grande pensador Nicolau Maquiavel sobre a transformação da realidade. Maquiavel, cujo pensamento é injustamente deformado, apresenta a realidade sob três dimensões: uma delas representada pela deusa *Fortuna*, no sentido de que há fatos reais, próprios da natureza, que dificilmente poderiam ser modificados pela ação do homem ou que representam o que se denomina de “fatalismos” da vida. A outra, representada por outra deusa, a *Virtù* (não confundir com “virtude”), lembra a possibilidade do homem de ter iniciativas, sua disposição e motivações interiores, sua capacidade de modificar a realidade através de suas ações. Uma terceira dimensão ele chama de “*occasione*”, em que o homem percebe o momento adequado para produzir sua ação e atua no sentido de modificar a realidade existente. Colocar-se ao lado da *Virtù* e contra a *Fortuna* (a fatalidade, a sorte, o azar), aproveitando as ocasiões (oportunidades) propícias para empreender as mudanças da realidade. Eis a regra geral preconizada por Maquiavel, um defensor da República, para que as ações ocorram.

i) A INIMPUTABILIDADE DO DOENTE MENTAL

O Código Civil Brasileiro assim se refere aos doentes mentais:

Parte Geral. Livro I – Das Pessoas – Título I – Das Pessoas Naturais

Capítulo I – Da Personalidade e da Capacidade

Art. 1] – Toda a pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem social.

Art. 2] – A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida, mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.

Art. 3] – São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil

I – os menores de dezesseis anos;

II – os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento pra a prática desses atos;

III – os que, mesmo por causas transitórias, não puderem exprimir sua vontade.

Art. 4] – São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

I – os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II – os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;

III – os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

IV – os pródigos.

Parágrafo único: a capacidade dos índios será regulada por legislação especial.

2. OBJETIVO GERAL:

O presente Trabalho de Conclusão tem por finalidade procurar alcançar os seguintes objetivos gerais:

- a) mostrar a situação caótica da assistência social e em especial a assistência à saúde no país;
- b) mostrar os aspectos particulares desta situação caótica com relação à assistência à saúde mental;
- c) apresentar o modelo ultrapassado de macro-hospital psiquiátrico e seus problemas;

- d) realizar uma conexão entre a situação caótica do ponto de vista social, da assistência à saúde de modo geral, de assistência à saúde mental incluindo o macro-hospital psiquiátrico;
- e) apresentar o Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso como um exemplo de macro-hospital cujo modelo está ultrapassado;
- f) conectar os aspectos sociais, médico-psiquiátricos, econômicos e políticos associados ao modelo de macro-hospital;
- g) associar os aspectos negativos, quanto aos direitos humanos, pela existência dos modelos assistenciais sociais, à saúde física e mental e, em especial, ao macro-hospital psiquiátrico;
- h) apresentar propostas de modificações e de intervenções visando um caminho para a solução dos problemas da saúde mental;

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A assistência social é caótica em todo o Brasil, o que se demonstra pela leitura de dados sobre diversas variáveis sociais de diferentes regiões do país. Para alcançar objetivos específicos com relação a cada município brasileiro, torna-se necessário estudar as condições reais que existem e pensar em objetivos específicos para cada um deles.

Assim, por exemplo, objetivos específicos serão diferentes para Porto Alegre e seus diversos bairros, e para uma cidade da região norte do Estado, onde a situação social da população pobre é mais difícil. Também, com relação às instituições, deve-se pensar em objetivos específicos a curto, médio e longo prazo. Ao se afirmar que o HPSP e o IPF são macro-hospitais, isso não quer dizer que devam ser eliminados “num passe de mágica” e sim estruturar um plano de ação para modifica-los, o que implica, obviamente, em pensar-se em toda a estrutura da assistência à saúde mental. Alguns destes itens, procuramos enfocar a seguir.

1. AS FALHAS DO SISTEMA DE ATENDIMENTO À SAÚDE

A assistência à saúde mostra-se dissociada na tentativa de cumprir com seus objetivos, mesmo naquelas localidades em que existe alguma organização nesta área. O mais lógico, eficiente e eficaz é ter a assistência em diferentes níveis, em que o primeiro deles, seja constituído por uma rede ambulatorial. A base é o ambulatório, os demais níveis são conseqüência deste primeiro atendimento. Ambulatórios de policlínica ou especializados e finalmente hospitais gerais, hospitais especializados e institutos completariam a organização da assistência à saúde.

Os modelos inglês, canadense e cubano são estruturados desta maneira, em que na base encontra-se o médico de família.

Algo semelhante poderia ser feito em nosso país. No entanto, uma organização deste tipo supõe uma estrutura regionalizada, com bons recursos humanos e financeiros. Como o SUS não consegue esta estrutura, o que existe na realidade é um sistema parcialmente organizado ou mesmo desorganizado, que se apresenta ao usuário como instituições burocratizadas ou como um sistema caótico e incompreensível para quem dele precisa.

Para escapar do labirinto, nada melhor do que procurar sua instância superior, o hospital, e até, falhando esta alternativa, socorrer-se de seus direitos no Poder Judiciário.

A estrutura teórica, portanto, é de fácil compreensão. No primeiro nível, no ambulatório, o doente é atendido pelo médico e outros membros de uma equipe, onde seu problema é totalmente resolvido ou não. Poderá ser solicitado a repetir uma ou mais consultas, de acordo com as necessidades, ou poderá ser encaminhado

a outros setores desta estrutura, conseguindo resolver sua situação. Os casos mais difíceis, aqueles que necessitam de investigações muito especializadas e elaboradas, acabam sendo encaminhadas a uma instituição superior desta estrutura, que é o *instituto*, colocado num nível máximo de assistência e de saber.

Para que esta estrutura funcione na prática, deveria se conceber ambulatórios bem organizados, regionalizados, com bons recursos humanos e capazes de funcionar 24 horas por dia. Na prática isso não acontece.

No momento em que a população observa que este primeiro nível não funciona adequadamente, é natural que não acredite no sistema como um todo.

Mas já tem a consciência de seu direito constitucional de assistência à saúde, A consequência é o usuário procurar, então, a assistência a que tem direito diretamente num nível superior desta estrutura, dirigindo-se ao hospital.

Em Porto Alegre, assistimos diariamente centenas de pessoas procurando o Hospital de Pronto Socorro, o Hospital de Clínicas e o Hospital Conceição, cujas áreas de atendimento por plantonistas, para pronto-atendimentos ou emergências, apresentam-se superlotadas. A pessoa ao ser rechaçada em seu objetivo, alega que sua situação é emergencial e, portanto, deve ser atendida.

A instituição procurada é capaz de resolver sua situação, no julgamento do usuário na qualidade de leigo. E isso é verdade, pois estas instituições contam com ótimos recursos humanos, financeiros, diagnósticos e de tratamento. A excelência do atendimento, no entanto, encobre a falência do sistema, em que o primeiro nível falhou.

A própria população contribui para esta falha, mas não se pode debitar a ela ou sequer culpá-la porque o sistema não funciona.

Cabe aos gestores do sistema diagnosticar as falhas e tentar corrigi-las.

2. AS FALHAS NO ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL

Gozar de saúde mental deveria ser parte de um requisito essencial e prioritário em qualquer fase da vida, à semelhança do direito a uma boa alimentação. Tal como na assistência à saúde de modo geral, procedimentos preventivos e curativos deveriam estar à disposição da população desde o nascimento até a morte.

No entanto, não é o que se observa na prática diária da assistência à saúde mental e particularmente ao doente mental.

As dificuldades enfrentadas pelo usuário do sistema de assistência à saúde, assumem muitas vezes um caráter grotesco e cruel quando diz respeito ao doente mental.

Em época anterior a vinte anos, o doente mental era precariamente atendido em qualquer situação, seja ambulatorial, seja na internação hospitalar. Sem haver um sistema regionalizado, nem ambulatórios especializados, o doente mental era encaminhado diretamente ao hospital psiquiátrico, um “macro-hospital”, representado principalmente pelo Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), um hospital público e gratuito, ligado à secretaria da saúde do Estado. No caso de tratar-se de um doente mental que praticou um crime, o encaminhamento era ao Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (IPF). Não havia instâncias intermediárias. Isso determinou um aumento do número de internados no HPSP, que há 30 anos, ultrapassou os três mil pacientes.

A instituição, então, reestruturou-se, organizando-se em unidades de acordo com a procedência dos pacientes. A idéia era simples: o doente proveniente de uma

localidade determinada ao ter sua alta seria encaminhado ao local de origem. As equipes de atendimento do hospital teriam a possibilidade de encaminhar junto com o paciente, relatórios sobre o atendimento, referindo diagnósticos, observações da internação e tratamento. Caberia à equipe da localidade de origem dar continuidade ao tratamento do doente.

Houve um sucesso parcial nesta reorganização do atendimento, sem que as equipes tivessem a oportunidade de corrigir as falhas de todo o tipo, entre elas a burocratização e a falta de medicamentos. Mas, apesar das falhas, o número de internados do HPSP foi diminuindo gradualmente, por morte natural, por terem sido localizados seus familiares e desta forma devolvidos às localidades de origem, e até por sucesso nos tratamentos instituídos.

Hoje ainda se encontram no HPSP cerca de quinhentos doentes, cujos laços familiares são desconhecidos ou não apresentam as mínimas condições de receberem alta da instituição, vivendo em situação asilar. Algo semelhante ocorre no IPF.

Talvez, ironicamente, se deva creditar justamente a estes pacientes, a existência e funcionamento atuais do HPSP, pois sistematicamente a “iniciativa privada” apresenta idéias de reformar a instituição e aproveitar a área em que está instalada para outros fins. Afinal, são cerca de dez hectares em região hoje considerada nobre na Capital, dedicada exclusivamente ao atendimento de doentes mentais, o que é “inconcebível” nas mentes de muitas cabeças voltadas ao “progresso e ao moderno”.

Com o advento da Lei de Reforma Psiquiátrica no Estado (Lei “Marco Rolim, Lei 9716, de 07 de agosto de 1992), foi proibida a instalação de novos leitos psiquiátricos e decretado o fechamento dos macro-hospitais. A Lei tomava por base os ensinamentos principalmente de Baságliá, psiquiatra italiano que empreendeu grandes reformas no atendimento à saúde mental na Itália, e os procedimentos

realizados na Itália no atendimento aos doentes mentais. Preconizava-se o fechamento de manicômios e de macro-hospitais e o direcionamento do atendimento e do tratamento dos doentes em nível de ambulatório e de internações em hospital gerais.

O HPSP e o IPF, enquadrados na classificação de macro-hospitais, aparentemente estariam com seus dias contados.

Simultaneamente começaram a surgir “novas idéias”, de aproveitamento da área do HPSP para “outras finalidades”. No HPSP foi até fechada uma Unidade de trinta leitos, dedicada ao atendimento de doentes adidos ao álcool e outras drogas, com conseqüências inimagináveis para uma camada pobre da população que contava com este recurso para seu atendimento. A Unidade só foi reaberta três anos depois por interferência do Poder Judiciário.

Felizmente as autoridades responsáveis pelo atendimento à saúde não cometeram a loucura de fechar estas instituições.

A discussão sobre a assistência aos doentes mentais e a forma de fazê-la é útil, sem dúvida. No entanto, as medidas que concluem pela assistência em nível ambulatorial com diminuição gradual do atendimento hospitalar, deixaram de ser implementadas na prática ou foram feitas de maneira insuficiente e precária, por falta de recursos de toda a ordem. A proibição da abertura de novos leitos e a diminuição da assistência em nível hospitalar ocasionou um prejuízo enorme aos usuários pobres e sem recursos para conseguir atendimento em instituições privadas ou através de convênios ou seguros-saúde. A conseqüência é que as populações mais pobres, as que mais necessitam dos hospitais públicos, foram as mais penalizadas pela “reforma”.

O doente mental passou a não ter um atendimento especializado em nível ambulatorial, ou a tê-lo de forma insuficiente e inadequada, sem ter também a

possibilidade do atendimento em nível hospitalar, para onde, antes, ele ia diretamente, graças a um encaminhamento. Observou-se, assim, uma dissociação entre as idéias e as teorias e a prática do atendimento, com prejuízo evidentemente para as pessoas mais pobres.

Situações dramáticas vividas pelos doentes mentais e seus familiares, obrigaram-nos a procurar o Poder Judiciário. O Juiz, então, colocado um pouco a contra-gosto neste cenário, exerce sua autoridade. Manda que o doente seja internado, o que é cumprido (“ordem judicial não se discute, se cumpre”), caindo naquele instante a desculpa de que “não havia leito”.

O processo de labirinto ou kafiquiano seguido pelo usuário é de tal ordem em alguns casos que chega à crueldade. Não há população, por mais sábia que seja, capaz de compreender tantas dissociações e tantas contradições.

É bom lembrar que o IPF está sob o abrigo da Secretaria da Justiça do Estado e fora do sistema de saúde. O doente mental, portanto, não está inserido neste sistema por ser também uma pessoa que praticou um crime. Mas muitos deles, depois de passar muitos anos no IPF, recebem alta e não tem para onde ir, pois perderam seus laços familiares. Poderão encontrar abrigo em alguma família, mediante algum tipo de pagamento, mas este tipo de programa está ainda sendo testado. Por outro lado, não tendo para onde ir, permanece no IPF, engordando as despesas da instituição de numa situação estranha, pois já concluiu seu tempo de pena e já recebeu alta de sua doença mental.

Poderia ir para o HPSP, mas sua situação na verdade não mudaria em nada, já que sua alta não se poderia efetivar. Ao permanecer no IPF encontra-se, assim, em prisão perpétua, uma pena que não existe na legislação brasileira. Ou se teria algum outro nome para este tipo de situação? Eis aí mais uma dissociação no sistema de atendimento ao doente mental.

CASOS QUE ILUSTRAM ESTAS DISSOCIAÇÕES

Os casos apresentados a seguir mostram as dissociações, contradições, burocracia, desrespeito e incoerência entre teoria e prática, entre o direito e sua efetividade no atendimento ao doente mental.

1º CASO

DAMIÃO XIMENES, QUE ABALOU A LEI E O DIREITO DE NOSSO PAÍS

O caso de Damião foi transformado em artigo e nada melhor do que a leitura do texto abaixo. Uma versão completa poderá ser encontrada na *internet*, bastando clicar Damião Ximenes no Google.

DAMIÃO, O DOENTE MENTAL MALTRATADO. MORTO OU ASSASSINADO?

Damião Ximenes Lopes viveu sua curta vida muito longe daqui, numa pequena cidade do nordeste chamada Varjota, interior do estado do Ceará. Nascido em 25.06.69, “era um jovem criativo, que gostava de música e de artes e desejava adquirir melhores condições financeiras”. Era considerado “deficiente mental” e vivia com sua mãe. Foi internado pela primeira vez na Casa de Repouso Guararapes, na cidade do Sobral, em 1995. Ao retornar para casa, após sua alta, apresentava feridas nos joelhos e nos tornozelos, declarando que sofrera violência durante a internação hospitalar. A

instituição, inquirida a respeito, informou que ele havia se ferido ao tentar fugir, justificativa aceita pela família na ocasião.

Por apresentar-se “nervoso, sem querer comer e sem dormir”, sua mãe solicitou nova internação de Damião, o que ocorreu em 01.10.99. Estava em perfeito estado físico por ocasião de sua segunda internação. Na observação do médico constava que estava “confuso, desorientado, mas calmo”. Em 03.10.99, Damião mostrou-se desorientado e agressivo. Fechou-se no banheiro de onde teve que ser retirado à força. Nesta oportunidade sofreu uma lesão no rosto, ao nível do supercílio, foi contido fisicamente e feita aplicação de Haldol (haloperidol, um antipsicótico) e Fenegan.

À noite repetiu o comportamento agressivo. Em 04.10.99, a mãe visitou-o, constatando que ele estava sangrando, com hematomas, roupas rasgadas, sujo, com mau cheiro, mãos amarradas para trás, dificuldade para respirar, agonizando, gritando e pedindo socorro à polícia. Foi dito que fora contido fisicamente, colocado numa cama, de onde teria caído.

No mesmo dia, a mãe foi chamada e comunicada que Damião havia morrido.

Os familiares solicitaram que fosse realizada necropsia, o que foi feito na cidade de Fortaleza, capital do Estado. Foi constatado que durante o trajeto o cadáver apresentou intenso sangramento, o que foi observado pelo fato de que o lençol que o cobria estava encharcado de sangue.

A necropsia revelou que havia sinais de espancamento, com intenso sangramento pelo nariz, escoriações em várias partes do corpo, equimoses na região orbitária esquerda, edema e congestão pulmonar (pelos exames realizados) e hemorragia pulmonar. A conclusão foi de que tratava-se de “morte real de causa indeterminada”. Posteriormente (17.02.2000), em quesitos complementares formulados pela promotoria, os médicos

responderam que as lesões foram causadas por instrumento contundente ou por espancamento ou por tombos, não sendo possível afirmar o modo específico.

A partir de 13.10.99 iniciou-se a investigação policial, provocada pela denúncia apresentada pela mãe de Damião perante a Coordenação Municipal de Controle e Avaliação da Secretaria da Saúde e Assistência Social. O relatório final do Delegado de Polícia, concluiu pela “provável responsabilidade (da Casa de Repouso Guararapes) e de pessoas que estejam vinculadas com os maus-tratos, torturas e homicídio denunciados pela família do enfermo Damião Ximenes Lopes”.

Os familiares foram aconselhados a procurar a Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa na Capital.

Era mais uma despesa. Tiveram a solidariedade de muitas pessoas e levaram adiante a reclamação.

No mesmo mês a Sra. Irene Ximenes Lopes Miranda, irmã de Damião, apresentou denúncia à Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Estado do Ceará, em que pedia justiça e punição dos responsáveis pela morte de seu irmão.

Os autos do inquérito foram para a Justiça, o representante do MP apresentou a acusação criminal contra os responsáveis pelos maus-tratos e pela morte de Damião, tipificados no artigo 136, § 2º do CPB. Adiamentos por suspensão de audiência, falta de juiz e procedimentos advocatícios sucessivos, provocaram retardo da sentença.

Vale a pena ler na íntegra o caso. Basta clicar no Google: Damião Ximenes Lopes. Aí vamos descobrir várias coisas. A primeira é que existe uma Comissão Interamericana de Direitos Humanos, com sede na Costa Rica,

onde o Brasil tem participação no seu corpo de juízes. A segunda é que o Brasil é signatário da Convenção Interamericana de Direitos Humanos, com obrigação de cumprir com o tratado firmado na qualidade de Estado Parte. A terceira é que casos como Damião ocorrem em todo o Brasil. A quarta: é melhor falar de um acontecimento no nordeste do que sobre algo semelhante no RGS. É parecido ao que se comenta sobre o Iraque. Felizmente está bem longe daqui, costumamos ouvir.

Não se fala sobre os “iraques” que tem no Brasil. Em Pernambuco, por exemplo, houve 400 assassinatos por mês (!!), neste ano de 2.007, bem mais do que no Rio de Janeiro. Aqui em Porto Alegre, assistimos o fechamento do Posto da Vila Cruzeiro do Sul por falta de condições para atender a população. Tem cachorros que são tratados com mais carinho do que nossos doentes mentais. Tornar efetivo o que diz nossa Constituição de 1.988, “saúde é direito de todos e dever do Estado” depende muito de todos nós, desde que todos possamos concordar em deixar cair as máscaras, encarar a realidade e pensar em soluções.

O Brasil é signatário da Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de acordo com o Decreto nº 678, de 06.11.92, assinado pelo Presidente Itamar Franco. (ver fls. 284-285, Direitos Humanos, Documentos Internacionais, publicação da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Brasília, DF, 2.006).

*No caso de Damião, a **CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS**, em 17.08.06, condenou o Brasil pela morte de Damião Ximenes Lopes. Pela primeira vez esta Corte condena o Brasil e este fato tem uma importância histórica emblemática.*

Não é apenas triste que isso aconteça, é abominável e vergonhoso para um país.

A Corte baseou sua condenação no fato de ter o Brasil violado vários artigos que incluem: importância da defesa da vida; a defesa da integridade pessoal de Damião e de seus familiares; o direito à proteção social e judicial; a obrigatoriedade do Brasil de cumprir e fazer cumprir os tratados internacionais aos quais aderiu; a reparação indenizatória pelo mal que foi causado; a divulgação de detalhes da investigação sobre o caso; a punição dos responsáveis.

*Mas, como todos sabemos, a Constituição Federal asseguraria, em tese, a Damião todos seus direitos, entre os quais vale a pena recordar: Artigo 5º - refere-se à garantia da **“inviolabilidade do direito à vida”** ...; III: **“ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante; XLI: “a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais”**; XLIII: **“a lei considerará crimes inafiançáveis e insuscetíveis de graça ou anistia a prática da tortura, o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, o terrorismo e os definidos como crimes hediondos, por eles respondendo os mandantes, os executores e os que, podendo evita-los, se omitirem; LXXVIII: ... § 4º o Brasil se submete à jurisdição de Tribunal Penal Internacional a cuja criação tenha manifestado adesão”**; Artigo 6º : ... **direito à saúde**; Artigo 196: **“A saúde é um direito de todos e dever do Estado ...”**; Artigo 201: ... **“I: cobertura dos eventos de doença, ...”**.*

*Leis amplas e generosas não faltam no nosso país. O problema é dar-lhes **efetividade** na realidade e na prática diária. Tudo se apresenta no nosso país como um grande teatro, realismo virtual ou realismo fantástico, ou como se tudo fosse ficção.*

2º CASO

UMA SENTENÇA INJUSTA E UMA INTERNAÇÃO ERRADA

Pode-se afirmar que ela foi injusta, porque no decorrer do processo de defesa do escrivão ficou provado que ele não havia cometido nenhuma irregularidade. O Juiz acatou denúncia de que o escrivão procedera o casamento de um estrangeiro com uma brasileira. Foi denunciado de ter colaborado com a bigamia do estrangeiro, pois, segundo notícia, ele já era casado em seu país natal. Não teve dúvida. Puniu o escrivão com dois castigos exemplares: a perda de seu cartório e sua prisão por um tempo determinado. À defesa ocorreu que seria melhor seu cliente ser submetido a um exame psiquiátrico, motivo pelo qual foi transferido para a *Penitenciária Estadual*. O escrivão seria submetido a exame psiquiátrico por médicos do *Instituto Psiquiátrico Forense (I. P. F.)*. Ao final de três anos e meio finalmente foi elaborado o laudo psiquiátrico que o classificou como Personalidade Psicopática, indicando sua liberação da instituição.

Muitas coisas aconteceram neste período. Sua família desestruturou-se. Sua esposa encarregou-se da sobrevivência dos sete filhos do casal, beirando uma situação de miséria. Era impossível não se revoltar e atribuir um pouco da culpa ao escrivão, por causa de suas idéias subversivas. Para ela, as idéias e sua “mania de ajudar os outros” foram as responsáveis por tudo que acontecera.

O escrivão, ao retornar à sua casa, tornou-se uma pessoa profundamente deprimida. Não conseguiu retornar ao seu estado psicológico anterior. Sua doença física agravou-se. Tornou-se reservado, de poucos amigos, afastado de todos, inclusive de seus familiares. E depois de pouco tempo acabou falecendo. Uma vida destruída por causa de uma sentença judicial e de um laudo psiquiátrico com resultado fornecido somente após mais de três anos de internação no IPF.

Instituto Psiquiátrico Forense

Papeleta nº 3681

Nº de registro: 98

Nome: S. M. L.

Papeleta nº 3684

S. M. L., filho de D. L. e de O. L., de cor branca, procedente na Comarca de ...RS, Registro 4798.

11.08.65 – Paciente encontra-se internado na Penitenciária Estadual, aguardando as entrevistas de ambulatório, para fins de exame psiquiátrico, determinado pelo Exmo. Sr. Dr. Juiz de Direito da Comarca de FOI REITERADO O PEDIDO PARA O ENVIO DOS AUTOS DO PROCESSO. Perícia inicial distribuída ao Dr Sylvio, em 12.08.65.

08.65: Ciente. Paciente compareceu no dia 18.08 às 14 horas para entrevista.

08.65: Informou-nos o DIP que o paciente ainda não se encontra na PE. Fonograma ao Juiz informando e solicitando a transferência. Foi baseado no fonograma, digo, radiograma nº 65, de 5 do corrente, do Juizado de ... que tomamos conhecimento que o paciente já encontrava-se na PE.

09.65: solicitado por ofício nº 999-65, se ainda persiste o interesse na perícia psiquiátrica do paciente, pelo motivo de até o presente momento ainda não ter sido transferido à PE.

09.65: telegrama do Juizado de ..., comunicando-nos que ainda persiste interesse na perícia psiquiátrica, estando apenas na dependência da prisão do réu, que pode ocorrer a qualquer momento.

10.68: recebemos os Autos do Processo.

10.68: paciente deu entrada hoje para exame de RP. Tornada sem efeito a distribuição de 1965. O laudo não fôra feito visto o paciente estar foragido. Perícia inicial distribuída ao Dr. Meurer, em 31.10.68. Em 01.10.68. Meurer: examina logo esse caso, pois o paciente é amigo particular do Secretário do Interior e Justiça, que já nos telefonou hoje. Faz a perícia em caráter preferencial e urgentissimo para eu possa dar alta para o paciente. OK?.....

04.11.68: Ciente. Meurer.

06.11.68: fez punção lombar e Wassermann.

08.11.68: o paciente foi entrevistado hoje. Veste roupas próprias. Está lendo o jornal de hoje; tem recebido visitas quase diárias da esposa (esta referiu brevemente que o marido sempre se portou como irresponsável (sic) em casa e no trabalho; era bom de coração mas não sabia manter compromissos assumidos. Desde que casaram, ela era quem tinha de providenciar tudo, ela executando em casa o papel de homem). O paciente é um senhor de boa aparência pessoal, conversa fluentemente, suas respostas são prontas, incisivas e concisas, parecendo muito seguro e convicto de seus argumentos, apesar de estes serem, por vezes, obscuros. Refere que o processo que a Justiça lhe move é “visceralmente nulo” e se arrasta há bastante tempo porque não conseguiram coligir provas suficientes de sua culpabilidade. Diz que conhece Direito Processual porque lê muito, está ciente de todos os passos do processo. Acha que foi vítima de um processo violentíssimo que culminou na sua aposentadoria nos termos do Ato Institucional. Diz que não houve falsificação de documentos no seu cartório e que são falsas estas imputações. Refere que não estava foragido. Teve de

mudar-se de ... por causa da família: “tenho sete filhos para sustentar”. Os pais do paciente são vivos e sadios. O pai era construtor. Possui 5 irmãos, sendo o filho mais velho. (A tôdas as perguntas sobre a vida passada responde: “normal”). Estudou até a terceira série ginásial. Aos 15-16 anos começou a trabalhar no cartório. Diz ser “rato de cartório”, conhece todo o serviço e sempre se saiu bem na vida funcional. Primeira relação heterossexual aos 16 anos, com prostituta. Vida genital normal. Serviu no Tiro de Guerra na idade habitual. Casou aos 20 anos, Tem 7 filhos, o mais novo com 5 anos de idade. Diz que sua vida conjugal sempre foi normal e as desavenças que teve essas são parte da vida normal. Foi secretário particular e é amigo do atual do Secretário do Interior. As funções psíquicas, ao exame, não demonstraram alterações a não ser as que seguem: linguagem um pouco arrastada (refere ter tido “derrames”), afeto hipomodulado. Além disso nota-se diminuição da capacidade de auto-crítica.

13.11.68: *paciente fala e gesticula com desembaraço. Afirma convictamente que vão anular o processo atual assim como já anulou antes. É que já foi julgado por causa dos elementos que é denunciado e não pode ser condenado duas vezes pela mesma causa. Não sabe porque o Juiz decretou sua prisão preventiva. Deixou tudo a cargo do atual Secretário do Interior, que é quem sabe da finalidade deste exame. S., diz saber tudo a respeito de Direito Processual, não sabe a finalidade do exame a que se submete. Acha que está aqui por deferência do Secretário do Interior, pois deveria estar preso em Refere que sempre foi muito bom de coração. Doava o que podia aos pobres. Em ... era conhecido e amigo de todos. Em ..., para onde se mudou (sendo escolhido por méritos perante a Justiça, competindo com mais de 30 outros escrivães) sempre trabalhou muito, excessivamente. Refere que além do cartório, de que era titular, ainda assumira função no cartório eleitoral. Ganhava muito dinheiro, mas o trabalho era demais. Houve preocupação da família, dificuldades de pagar colégio para os filhos,*

o namoro de uma filha contra o qual se opunha, etc. Com tudo isso andava muito nervoso e já naquele tempo teve de se tratar para pressão alta e nervos. Apesar de ganhar bem, o dinheiro não era suficiente porque tinha 7 filhos e facilmente dava dinheiro a quem necessitasse. Fazia casamento de graça, etc. Refere que não houve a irregularidade cometida por ele no cartório; não cometeu crime de falsidade ideológica.

14.11.68: *Encaminho ao clínico. Paciente hipertenso.*

22.11.68: *Ao Sr. Diretor. O paciente pode ter alta deste Instituto, visto estarem prontos os exames referentes ao laudo.*

27.11.68: *Sr. Diretor: consulto-o sobre a possibilidade de autorizar saídas para o S. nos fins de semana, tendo em vista a situação jurídica do paciente.*

29.11.68: *o paciente pode sair, acompanhado da esposa (não pode sair desacompanhado), das 14 h. de hoje até as 20 h. de domingo, dia 01.12.*

24.12.68: *Sai 24 e 25.12.68, acompanhado.*

03.01.69: *Pode sair, acompanhado da esposa, nos dias 04 e 05 do corrente. Associação dos Funcionários Públicos do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento Médico. Ao Dr. Flavio Sassen. Solicito baixar o Sr. S. L. por apresentar hipertensão grave – tem tido crises de hipertensão. Dia 12.01.69 fez crise hipertensiva de 28 x 15.*

30.01.69: *paciente forneceu explicações inconsistentes e vagas a respeito do atraso de ontem. Toda a aparência de estar ocultando. A conduta da esposa é de convivência psicopática.*

13.03.69: *ontem compareceu a esposa do paciente e informou que o mesmo se encontra internado no Hospital Ernesto Dornelles, 6º andar, quarto 650, devido agravamento de seu estado de saúde. Informou também que já estavam cientes deste fato o Sr. Diretor e o Dr. Bertoni.*

17.03.69: *verificar “in loco” o estado de saúde do paciente para ver se se justifica sua ausência.*

20.03.69: *Dr. Bertoni: comunico-lhe que o paciente S. L. até agora (10:10 h) não retornou a este Instituto. O atendente Orlando esteve na casa do paciente e não o encontrou. A minha impressão é que o paciente e sua família tem agido psicopaticamente com o Instituto e procura ludibriar de todos os meios; seria conveniente tomar providências. Obteve alta do Ernesto Dornelles ontem. Simulação de doença física? O atendente Orlando pode dar detalhes da situação “in loco”.*

21.03.69: *Dr. Bertoni: até o momento, 09,00 h., não veio qualquer comunicação à guarda, como havia sido prometido pela esposa do paciente. O Chefe da Guarda informou que veio aqui um funcionário da PE para levar o paciente para audiência em*

26.03.69: *alta. Transferido para Clínica Particular por determinação da SIJ.*

Hospital Ernesto Dornelles: “O Sr. S. L. está hospitalizado sob nossos cuidados profissionais, em tratamento para crise hipertensiva. Porto Alegre, 18.03.69. Dra. Ceo Lima, CMR 2191”.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE
BOLETIM DE ENTRADA

Nome: S. L.l

Pai: O. L.

Mãe: D. L.

Naturalidade: ...-RS

Nacionalidade: brasileira

Data do nascimento: ...

Cor: branca

Profissão: serventuário da Justiça

Instrução: secundária

Estado civil: casado

DADOS CLÍNICOS:

Pressão arterial: 190 x 120 mm de Hg. Pulso: 55 bpm.

Altura: 1,75 m. Peso: 73 kg

DADOS PSIQUIÁTRICOS:

Aspecto do paciente: bom. Barba, cabelos e unhas aparados

Orientação: bem orientado no tempo, espaço e pessoa.

Humor: calmo, mostrando-se atento à entrevista.

Pensamento: coerente.

Internação em hospital psiquiátrico: serviço aberto do HPSP em 1.964.

Declaração do paciente: declara que está sendo acusado de falsificação.

Porto Alegre, 01.10.68. Enfermeiro João Carlos.

INSTITUTO DE PESQUISAS BIOLÓGICAS

21.11.68

Líquor. Wassermann. Negativo.

Sorodiagnóstico para sífilis: negativo.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE

FICHA CLÍNICA

S. L., 48 anos. Há 3 anos acidente vascular. Peso: 73 kg. Altura: 1,75 m. Lordose acentuada com escoliose. Pulso: 86. Pressão arterial: 200 x 120. Conclusão: hipertensão arterial. Osteoartrite da coluna com lordose e escoliose. Em 06.10.68.

EXAME NEUROLÓGICO:

Há mais ou menos dois anos foi acometido de um acidente vascular cerebral ficando inconsciente uns 5 dias. Ficou com hemiplegia à D e afasia, sendo que vem se recuperando gradualmente. Paciente hipertenso.

Babinski bilateral mais intenso à direita. Diminuição de força à direita. Paresia facial central com desvio para a esquerda. Discreta afasia.

Conclusão: hemiparesia motora-sensitiva de grau discreto à direita, com leve disfasia, devido acidente vascular cerebral, provável isquêmico. Em 03.11.68.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE INSTITUTOS PENAIIS

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE

Porto Alegre, 19 de dezembro de 1.968.

LAUDO PSIQUIÁTRICO-LEGAL Nº 5:416

NOME: S. L.

IDADE: 44 anos

COR: branca

ESTADO CIVIL: casado

PROFISSÃO: ex-serventuário da Justiça

NATURALIDADE: Rio Grande do Sul
INTERNAÇÃO: 31 de outubro de 1.968
MOTIVO: exame psiquiátrico
PERITOS: Dr. José Luiz Meurer (relator)
Dra. Eufrides S. de Oliveira

Porto Alegre, 19 de dezembro de 1.968.
NOME: SADY MIGUEL LEAL
INTERNAÇÃO: 31 de outubro de 1.968
MOTIVO: exame psiquiátrico
DETERMINAÇÃO: Exmo. Sr. Dr. Juiz de Direito da 1ª Vara da Comarca de ... -RS.
PERITOS: Dr. José Luiz Meurer (relator)
Dra. Eufrides S. de Oliveira

LAUDO PSIQUIÁTRICO LEGAL Nº 5.416

IDENTIDADE: S. L., 44 anos, branco, casado, ex-serventuário da Justiça, natural de ..., neste Estado, instrução secundária.

ANAMNESE:

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS E FAMILIARES: pai e mãe vivos e sadios. Nega que haja na família casos de alcoolismo, criminalidade, suicídio ou doença mental. Possui 5 irmãos todos sadios.

ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS: refere que, já há tempos, antes e durante os fatos de que é acusado, andava nervoso e com pressão alta. A esposa refere que o paciente sempre se portou como irresponsável (sic) em casa e no trabalho, era “bom de coração”, não negava nada aos necessitados assim como não sabia manter os compromissos assumidos. Desde que casaram era ela quem tinha de providenciar tudo, ela executando o papel de homem da casa.

HISTÓRIA SOCIAL: o paciente é filho mais velho de um construtor. Estudou até a 3ª série ginasial e começou a trabalhar em cartório aos 15-16 anos, “começando de baixo”; diz-se “rato de cartório” e conhece a fundo todo este tipo de atividade. Refere que sempre se saiu bem na sua vida profissional. Primeira relação heterossexual aos 16 anos, com prostituta. Vida genital normal. Fez o serviço militar no Tiro de Guerra de sua cidade. Casou aos 20 anos. Possui 7 filhos, o mais moço com 5 anos de idade.

HISTÓRIA DO CRIME PELA DENÚNCIA: informou o denunciado, como oficial de registro civil e provedoria desta comarca, certidão datada de 27 de outubro de 1.962, de que pelo seu cartório se processaram os termos e atos de casamento civil de T. e J., que apresentaram os documentos exigidos em lei, e o casamento foi realizado de conformidade com a lei nº 1.110, de 25 de maio de 1.950, pelo regime de comunhão de bens, cujo termo encontra-se lavrado a fls. 183 do livro E 21, sob número de ordem 9.911 daquele cartório. Sucede, entretanto, que o termo sob o número indicado, lavrado no livro e folha mencionado, não se refere às pessoas indicadas na certidão fornecida. Também não se processou no cartório do denunciado a habilitação do casamento certificado, como determina a lei 1.110. E, como se não bastasse, ocorre que T. já era divorciado em sua terra, ..., ..., USA, circunstância conhecida do denunciado através da certidão que lhe fora entregue pela pretendente ao matrimônio. Não obstante, o denunciado convenceu o casal de que o casamento civil era possível e lhe forneceu a respectiva certidão.

E também forneceu o denunciado ao Cabo da Brigada Militar N. certidão datada de 14 de dezembro de 1.963, na qual certificava que ... “revendo neste cartório os autos de desquite amigável já julgados, encontrei os autos de N. e A. julgado por sentença de dois de setembro de 1.962, deles autos consta a petição inicial ... Entretanto, é certo que a ação de desquite amigável ajuizada por N. e sua mulher em data de 14 de julho de 1.962 não foi julgada. Está em tramitação e depende de providências das partes, que ainda não efetuaram o pagamento da taxa judiciária. Acresce que é do

conhecimento geral, na cidade, que o denunciado, no exercício de sua função, praticou outros fatos de natureza dos acima descritos, todos igualmente graves, que foram constatados recentemente por Magistrado destacado pelo MM. Corregedor Geral da Justiça. Em face do exposto, está o denunciado incurso na sanção do artigo 299 § único, do Código Penal, na forma do artigo 51, § 2º, do mesmo Código.

HISTÓRIA DO CRIME PELO PACIENTE: o paciente nega que tenha cometido o crime de falsidade ideológica que lhe é imputado. Eis que não houve irregularidade no cartório de que era titular.

EXAME SOMÁTICO: a) Exame clínico: “Conclusão: hipertensão arterial. Osteoartrite da coluna com lordose e escoliose. Exame neurológico: “Hemiparesia motoro-sensitiva de grau discreto à direita, com leve disfasia, devido acidente vascular cerebral, provavelmente isquêmico”. História de acidente vascular há cerca de 2 anos. Exames complementares: sorodiagnóstico da sífilis: negativo. Fixação de complemento (cardiolipina) negativo. Floculação (Kuhn Standard): negativo. Líquor: Wassermann negativo.

OBSERVAÇÃO PSIQUIÁTRICA: o paciente comparece às entrevistas caminhando normalmente, veste roupas próprias em bom estado de conservação e seus cuidados pessoais são adequados. Está bem conectado com o ambiente, atento, lúcido, com a memória e a inteligência conservadas, sem distúrbios da sensopercepção nem da orientação. Logo estabelece um contato informal com os entrevistadores e põe-se a falar fluentemente, apesar de discreta dificuldade de articular as palavras. Sua linguagem é adequada e correta, dando respostas prontas, incisivas, parecendo seguro e convicto de seus argumentos, apesar de estes serem, por vezes, pouco claros. A quase todas as perguntas sobre sua vida passada responde prontamente: “normal”. Refere que o processo que a Justiça lhe move é “visceralmente nulo” e se arrasta há tanto tempo porque não puderam, ainda, coligir provas suficientes de sua culpabilidade. Diz que nunca esteve foragido e que se afastou de ... “porque tenho 7 filhos para

sustentar, doutor”. Foi “ vítima de processo violentíssimo” que culminou com sua aposentadoria nos termos do Ato Institucional. Nega que tenha cometido o crime de falsidade ideológica ou que tenha praticado ou permitido irregularidades no seu cartório. Afirma conhecer “todos os meandros” do Direito Processual e todos os passos de um processo, e que irá anular este processo assim como já anulou o anterior (sic). Como já foi amigo e secretário particular do atual Secretário do Interior e Justiça, está convencido de que, escudado nesta autoridade, nada conseguirão contra ele os seus detratores que tudo foi feito para arruiná-lo. Refere que nos últimos tempos como escrivão em ..., trabalhava demais e por isso esteve esgotado dos nervos e com pressão alta. Além disso se preocupava com vários problemas de família, especialmente com problemas financeiros, ganhava muito dinheiro mas assim mesmo passava dificuldades porque dava dinheiro aos pobres, fazia casamentos de graça, etc.

DISCUSSÃO DIAGNÓSTICA E COMENTÁRIOS MÉDICO-LEGAIS: o exame do paciente não evidenciou sinais de psicose, epilepsia, demência ou oligofrenia, motivo pelo qual tais entidades podem ser afastadas. A normalidade dos exames de sangue e líquido revela ausência de afecção tal como meningoencefalite sífilítica. O distúrbio neurológico assinalado é posterior aos fatos dos quais é acusado. Por outro lado, constatamos que ao longo de sua vida o paciente demonstrou possuir características de personalidade tais como reduzida capacidade de conduzir os assuntos de sua responsabilidade: ganhava muito, porém não tinha o suficiente para manter a família, executava um volume de serviços superior às suas possibilidades, disse abrindo projetos para si para outros. Durante as entrevistas demonstrou no conteúdo de pensamento idéias supervalorizadas de onipotência: vai anular o processo, tudo foi normal em sua vida, negando, assim, qualquer aspecto menos sadio de sua pessoa, e se julga perfeitamente amparado por uma alta autoridade. Também não se responsabilizou pelos atos de que é acusado, demonstrando escassa

capacidade de autocrítica e ausência de sentimentos de culpa. De posse destes elementos fazemos o diagnóstico de personalidade psicopática.

Os pacientes que apresentam esta anomalia psíquica se caracterizam por terem especiais dificuldades de resolverem seus conflitos internos. Buscam solucioná-los, ao mesmo tempo que os expressam, através de uma conduta discordante das normas éticas e sociais, o que traz prejuízos tanto para a sociedade da qual faz parte como para si próprios. Esta forma de proceder é resultante de uma escassa capacidade de harmonizar suas tendências internas conflituosas e as demandas de ambiente. Por terem diminuídas suas capacidades de se determinarem, tais pacientes tem seu distúrbio enquadrado no parágrafo único do artigo 22 do Código Penal Brasileiro, com as palavras “perturbação da saúde mental”. O legislador lhes aplica a dirimente parcial de responsabilidade penal.

CONCLUSÃO: S. L., por perturbação da saúde mental, não possui, ao tempo da ação, a plena capacidade de se determinar de acordo com o conhecimento que por ventura tivesse do caráter criminoso do fato. Dr. José Luiz Meurer – Psiquiatra Forense (relator) – Dra. Eufriedes S. de Oliveira – psiquiatra forense.

3º CASO

A PEDRA ASSASSINA

A rotina da Unidade não havia mostrado nada de especial. As pacientes com suas loucuras cronificadas foram deixadas à vontade dentro do próprio prédio e algumas fora dele, no pátio do hospital. Uma delas, sem que ninguém tivesse tomado conhecimento, levou consigo uma pedra que foi colocada junto de seu leito. À noite, não se sabe exatamente qual foi a hora, levantou-se, apanhou a pedra e dirigiu-se ao leito vizinho, onde dormia outra

paciente. Foi certa. Já com a seguinte isso não aconteceu, pois o silêncio da madrugada foi quebrado pelo gigantesco grito das dezenas de pacientes que se acordaram. A funcionária, uma para cuidar de quarenta e duas pacientes, estava no andar de baixo, no posto de enfermagem. Ouviu os gritos e deparou-se com a cena inesquecível para ela. Dominou a situação, comunicou à Direção do Hospital e fez a ocorrência policial. A primeira paciente estava morta; a segunda, removida para o HPS, sobreviveu. A paciente assassina foi transferida para o IPF, onde se encontra até hoje.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE

PAPELETA Nº 14652

MEDIDA DE SEGURANÇA: INÍCIO: 21.09.00.

FIM DO CUMPRIMENTO: 26.03.08

SITUAÇÃO: ALTA PROGRESSIVA.

LAUDO PSIQUIÁTRICO LEGAL Nº 37.943

VERIFICAÇÃO DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE

RELATOR: DR. RUBEN DE SOUZA MENEZES

IDENTIFICAÇÃO: R. D., 42 anos, feminina, branca, solteira, natural de ... e procedente de Porto Alegre, filha de S. D. e de I. D., grau de instrução primário incompleto (semi-analfabeta), do lar.

Neste novo período de internamento não houve mudanças importantes em seu quadro. Manteve-se com períodos de instabilidade sintomática significativa, alternando a permanência no convívio com as demais pacientes com outros períodos onde ela mesma buscava isolar-se.

A família eventualmente a visitou, geralmente na pessoa de seu irmão, porém em algumas vezes a paciente não os quis receber.

Mais para o final do período melhorou um pouco, e tem sido possível conceder-lhe o pátio externo.

Com a instabilidade sintomática importante, a periculosidade social da paciente tem se mostrado em nível incompatível com o retorno à plena vida em sociedade.

Assim, segue indicada a renovação de sua Medida de Segurança com o benefício da Alta Progressiva associado.

CONCLUSÃO

R. D., pela continuidade dos fatores associados à sua periculosidade social não apresenta condições para o retorno ao convívio social. Está indicada a renovação de sua Medida de Segurança para a Alta Progressividade associada.

Dr. Ruben de Souza Menezes, Relator – Dr. Paulo Oscar Teitelbaum, Supervisor Pericial – Dr. Rogério Cardoso, Diretor.”

A Dra. Noara Bernardy Lisboa, Promotora de Justiça da 10ª Promotoria de Família e Sucessões, solicita Relatório sobre a paciente. A Instituição informa o que segue:

Conforme solicitado, apresentamos a seguir um relatório atualizado referente a paciente R. D..

Dados de Identificação:

R. D., brasileira, solteira, natural de ... - ... -RS, nascida em ... de ... de 1964, filha de S. D. e I. D..

Antecedentes:

Anteriormente internada no Hospital Psiquiátrico São Pedro, nesta Capital, denunciada pelo agente do Ministério Público, com suporte no inquérito policial, por infração ao artigo 121 caput do Código Penal.

Nesta Instituição, encontra-se internada para cumprimento de medida de segurança de 3 anos, 3 meses e 3 dias.

Em 26-02-03 localizamos através de uma funcionária da Secretaria da Saúde do município de ... -RS, o irmão da paciente, Sr. E. D.. Naquela oportunidade, o Sr. E. ficou de vir visitar sua irmã (paciente) com a condução da Prefeitura de ..., porém devido a problemas mecânicos no veículo que o traria, a visita não efetivou-se.

Em 04.09.03 e 03.05.04 compareceu ao IPF, o Sr. J. D., irmão da paciente que na época, referiu residir em ..., sem nº, cidade de ...-RS e forneceu os seguintes números telefônicos (051) e

Informações Atuais:

A paciente encontra-se na unidade feminina desta Instituição Psiquiátrica, em situação de alta progressiva, não executada. Consta que a paciente oferece resistência à visita de seus irmãos. Possui benefício de prestação continuada-LOAS, ficando o dinheiro no Setor de Tesouraria, sendo liberado pelo terapeuta, a quantia que julga necessário.

A última visita familiar ocorreu em 19.11.04, quando o Sr. J., irmão da paciente ocorreu ao Setor de Serviço Social desta Instituição, apreensivo por ter sido convocado na 10ª Promotoria da Família de POA para prestar contas relativas ao benefício de sua irmã, o qual referiu que apesar de ser curador definitivo desde 03.05.04, nunca recebeu qualquer valor. Posteriormente encaminhado ao Setor Jurídico desta Instituição foi orientado a dirigir-se a Defensoria Pública para prestar os devidos esclarecimentos.

Por fim, colocamo-nos a disposição para quaisquer outros esclarecimentos. Regina dos Santos Campos, Assistente Social.

OCORRÊNCIA POLICIAL

11ª Delegacia de Polícia. 07.04.00.

Comunicante: V. L. S. R.

Relata a Comunicante que trabalha como subchefe da Unidade Esquirol do Hospital Psiquiátrico São Pedro e que na data de 04 de abril do corrente ano, por volta das 06 horas, a paciente qualificada no item “A” (M. R. O . C.), foi agredida pela Sra. R. D., também paciente daquele hospital. Acrescenta que foi encontrada na cama inconsciente, com muitos ferimentos, foi encaminhada ao Hospital de Pronto Socorro onde se encontra na Unidade de Tratamento Intensivo, em coma, utilizando aparelhos de respiração artificial, pois teve Traumatismo Crânioencefálico, Traumatismo da Face e Traumatismo da Mão.”

DPM-DPD-11º DISTRITO POLICIAL

TERMO DE DECLARAÇÕES

Aos doze dias do mês de junho do ano dois, nesta cidade Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, no 5º Cartório, do prédio onde funciona a Delegacia de Polícia do 11º Distrito, presente o respectivo Delegado, Benjamin Constante Seara, comigo Jesus Paraguassu Rodrigues, Inspetor de Polícia, aí compareceu V. L. S. R., data de nascimento: ..., , filha de ... e ..., com ... anos de idade, natural de ... -RS, de nacionalidade brasileira, funcionária pública estadual, com instrução superior, residente na Av. ..., nº ..., Porto Alegre-RS. Comparece nesta Delegacia de Polícia no dia de hoje para prestar declarações acerca da ocorrência nº 1468-00, passando a declarar o que segue: Que exerce as funções de sub-chefe da unidade Esquirol do Hospital Psiquiátrico São Pedro; Que na referida unidade estão internadas 42 pacientes, dentre as quais R. D., que lá encontra-se desde 1990 por ser portadora de “esquizofrenia paranóide”; Que a referida

paciente possui conduta imprevisível, irritável e agressiva; Que em várias oportunidades agrediu outras pacientes e funcionárias; No dia 04.04.00 agrediu a também paciente M. R. O. C., com diversos golpes de pedra na cabeça, sendo a vítima imediatamente conduzida ao Hospital de Pronto Socorro, onde permaneceu em coma até a data de seu falecimento, alguns dias após; Que R. encontra-se atualmente na Unidade Mario Martins em isolamento, pois a direção do hospital teme que a mesma possa agredir outra paciente ou funcionários, bem como não tem a mesma, condições de prestar declarações, em virtude de somente proferir frases desconexas, pela constante imprevisibilidade de sua conduta e persistência das idéias delirantes de cunho persecutório; Que em data de 24.03.00, R. agrediu também a paciente Z. B. G., a qual sofreu fratura na face, ferimentos na cabeça e terá que submeter-se a uma cirurgia. Nada mais havendo, encerro o presente que vai por todos assinado. Autoridade. Declarante. Escrivão.

PRIMEIRA VARA DO JÚRI

TERMO DE AUDIÊNCIA

INTERROGATÓRIO

DATA: 15.08.00

J.: A senhora agrediu dona M. R. com golpes de pedra? I.: Foi. Com pau.

J.: Por que fez isso? I.: Tanta raiva que senti. Todo mundo a mandar e ela a incomodar. Perturbava a cabeça. Daí eu peguei um pau e acertei a cabeça dela.

...

J.: A senhora pegou um pedaço de pau também? I.: Nós pegamos um pedaço de pau.

J.: Pedra ou pedaço de pau? I.: Pedaço de pau.

J.: Lembra quantas pauladas deu nela? I.: Umas 4 ou 5.

...

J.: A dona M. chegou a agredir a senhora aquele dia? I.: Não. Ela estava deitada.

J.: Ela não teve tempo de reagir? I.: Aproveitei, que foi mandado por um montão de gente ... tanta raiva que eles assopravam que eu peguei e fiz.

J.: Quem assoprava para a senhora fazer isso? I.: Os outros funcionários? Os funcionários.

J.: Os seus colegas internos de ... ? I.: Não. Os funcionários.

J.: Sabe o nome de um funcionário que lhe assoprava? I. L..

...

Despacho: "... Em razão do que consta nos autos e o que alega a acusada, determinava a partir desse momento, que a a mesma fosse removida do Hospital Psiquiátrico São Pedro e encaminhada ao IPF, para que lá se realize, incontinentemente, o exame de periculosidade na acusada, bem como a sua insanidade mental." 16.08.00.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO (documento inserido no prontuário do IPF)

LAUDO PSIQUIÁTRICO

IDENTIFICAÇÃO

R. D., 36 anos de idade, solteira, moradora do Hospital Psiquiátrico São Pedro desde 05 de fevereiro de 1990.

HISTÓRIA PASSADA

R. é moradora do Hospital Psiquiátrico São Pedro desde 1990 por diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide. Neste período apresentava comportamento delirante paranóide permanente. Em uma de suas crises agrediu uma médica que trabalhava na sua unidade.

Familiares não a visitam e apesar dos esforços em contata-los os mesmos nunca compareceram para entrevistas.

HISTÓRIA ATUAL

Em sua unidade de origem, agrediu duas pacientes, uma das quais foi a óbito, após isto foi transferida para a unidade Mario Martins Feminina deste hospital.

A mesma apresenta delírios paranóides resistentes ao tratamento. Segue sintomática e sem crítica de seus atos, afeto indiferente e sem culpa.

Na internação, na unidade M. M. Feminina, apresenta conduta imprevisível, irritável e agressiva, com pouca tolerância às frustrações. Em seus diálogos permanece ameaçadora. Passa a maior parte do tempo solicitando cigarros, visitas, saídas, alta hospitalar e quando não atendida reage agressivamente.

Não quer voltar à sua unidade de origem, dizendo que se voltar vai 3, 4 ou 5 pessoas. Se for, vai fazer pior do que fez antes de vir para a unidade M. M. Feminina.

Justifica suas agressões, dizendo que elas tinham que morrer porque são loucas, o que coloca em risco as pacientes de nossa unidade. Ameaça a equipe dizendo: a psicóloga vai morrer, diz que vai pegá-la e mata-la.

Mostra-se muitas vezes bastante agitada, tendo de ser medicada para agitação psicomotora e agressividade.

Quando lembrada da gravidade de seus atos, disse que aquilo não era nada, pois tinha sido bem feito, elas eram loucas. Isto não é nada, tem que morrer todo mundo mesmo. Não gosto de louco, só dos enfermeiros. O que fiz foi bem feito, a paciente está bem matada, era uma louca (citações suas).

Encontra-se isolada na sala de observação pelos riscos, o que tem lhe tem deixado irritada.

Durante a internação, mesmo com manejo adequado, medicação e eletroconvulsoterapia, segue com sintomas psicóticos, ameaçadora e sem juízo crítico.

Apresenta risco de agressão constante pela imprevisibilidade de sua conduta e persistência das idéias delirantes de cunho persecutório, apesar dos esforços terapêuticos.

DIAGNÓSTICO

Esquizofrenia paranóide – CID 10, F20.0.

PROGNÓSTICO

Baseado na descrição acima, história da doença passada e atual e todos os esforços terapêuticos realizados, consideramos o prognóstico reservado.

CONCLUSÃO

Pelo exposto acima e a pouca resposta a qualquer conduta médica disponível até o momento, a paciente apresenta grau máximo de periculosidade.

Opinamos que a paciente deva ser transferida para um local de maior segurança para si e para outros, com a maior brevidade possível. Porto Alegre, 23 de maio de 2000. Dra. Gislaine S. de Oliveira. Psiquiatra. CRM 17901.

SENTENÇA – 23.01.01

...

“Ante o exposto, julgo procedente a denúncia e ABSOLVO SUMARIAMENTE R. D., nos noldes do artigo 411 do C.P.P. e determino sua internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, nos moldes do artigo 97 do C.P., pelo prazo mínimo de dois anos, quando então deverá ser submetida à perícia médica para verificação da cessação da

periculosidade, não se estendendo a medida por mais de vinte anos, o tempo máximo correspondente ao cumprimento da pena privativa de liberdade para o delito em espécie. Intimem-se. Porto Alegre, 23 de janeiro de 2001. Mario Rocha Lopes Filho. Juiz de Direito Titular do II Juizado Primeira Vara do Júri”.

4º CASO

O DEMÔNIO ASSASSINADO

... sentia diariamente a presença do demônio em vários lugares. Um dia, o Demônio apareceu sob a forma do irmão. Ele não titubeou, matou o Demônio. Depois contou para a Irmã Paulina que fizera algo de bom: havia acabado com o Demônio. Foi transferido para o IPF, onde faleceu antes de vencer sua pena. Não conseguiam saber porque ele estava sempre anêmico. Por fim, a causa da anemia foi descoberta: não se sabe como, havia dentro de seu coração uma pequena agulha que provocava micro-sangramentos repetidos, motivo de sua anemia crônica. A investigação clínica não tinha sido capaz de descobrir a causa da anemia. Verdade ou “lenda”? Só o laudo de necropsia poderia esclarecer. Mas em seu prontuário não há cópia do laudo de necropsia. Também nada foi encontrado em seu nome no I. M. L. Portanto, é possível que a história da agulha no coração não passe de mais uma destas fantasias que passam à história como se fosse verdade.

Papeleta nº 3438

IDENTIDADE: C. C.

DIAGNÓSTICO: Psicose esquizofrênica

MOTIVO: Exame psiquiátrico

DETERMINAÇÃO: Juízo de Direito de ...

PERITOS: Dr. Paulo Fonseca (relator), Dra. Marlene C. Silveira

LAUDO PSIQUIÁTRICO LEGAL Nº 5.195

*IDENTIDADE: C. C., brasileiro, 31 anos, agricultor, residente em ...
Baixou no IPF em 24.07.67, procedente do Hospital Psiquiátrico São Pedro,
por determinação do Juiz de Direito da Comarca de*

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS E FAMILIARES: Paciente informa que sua mãe faleceu quando ele contava 17 anos, de câncer do estômago. Pai falecido há 26 anos, de uma enfermidade estomacal. Possui 10 irmãos, vivos e com saúde. Não refere casos de sífilis, epilepsias, alcoolismo, suicídio e antecedentes psiquiátricos e criminais entre seus familiares.

ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS: Refere meningite na infância, como também doenças próprias dessa idade (sarampo, varicela). Cirurgia por desvio de septo nasal há 10 anos. Nega passado venéreo. Afirma ser dado ao uso abusivo de bebidas alcoólicas. Quando embriagado tornava-se “alegre e brincalhão e às vezes triste”. Ainda segundo informes do examinando, duas vezes esteve internado no Hospital São Pedro “por estar doente da cabeça”. Recebemos deste hospital psiquiátrico as seguintes informações: “Esteve internado de 22.09.60 a 06.01.61 e de 28.03.62 a 22.07.67. Diagnóstico: Esquizofrenia”.

HISTÓRIA SOCIAL: Diz ser o último filho de uma família de 11 irmãos. Seus pais são agricultores, criadores de porcos e “produtores de cachaça”, possuindo condições sócio-econômicas de nível médio. Nascido e criado em ..., frequentou a escola durante 3 anos, sabendo ler e escrever. Ainda menino aprendeu o ofício de ferreiro, profissão que desempenhou até agora. Nada informa sobre o Serviço Militar. Inquérito sobre seu relacionamento com a família, respondeu que não se dava bem com os irmãos porque estes

eram trabalhadores e honestos e ele “um ser idiota”, pois pensava ser “Jesus Cristo, todo poderoso”.

HISTÓRIA DO CRIME PELO PACIENTE: “Machuquei meu irmão quando ele dormia”. “Minha família facilitou muito comigo; diziam que iam me mandar para o hospício e não faziam”. Naquela época pensava que se não matasse o irmão, toda a humanidade morreria. Agora vê que estava enganado, e que de fato nada aconteceria (sic).

HISTÓRIA DO CRIME PELA DENÚNCIA: “ ... No dia 12 de março de 1962, mais ou menos às 3 horas da madrugada, em ..., neste município, em sua residência, o denunciado penetrou no quarto do irmão L. C. e fazendo uso de uma marreta desferiu-lhe golpes enquanto ele dormia, produzindo-lhe ferimentos de natureza grave, descritos no auto de exame de fls. 7 do inquérito que lhe resulta em incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, perigo de vida, debilidade permanente de função e deformidade permanente. Assim agindo, incorreu o denunciado nas cominações do artigo 129, parágrafo 1º, inciso I, II e III, parágrafo 2º, inciso IV, com a agravante do artigo 44, inciso II, letra “f”, tudo do Código Penal ...”

EXAMES LABORATORIAIS E COMPLEMENTARES: neurológico, líquido e sangue, clínico: sem particularidades.

OBSERVAÇÃO PSIQUIÁTRICA: O paciente deu entrada neste hospital proveniente do Hospital São Pedro, onde foi internado após delito. Apresentou-se durante o período de observação neste Instituto, sempre em mau estado de higiene corporal, roupas desalinhadas, revelando falta de cuidados com sua aparência física. Lúcido e orientado auto e alopsiquicamente. Durante as entrevistas mostrava-se desligado da situação de exame. Seu discurso é monótono, sempre no mesmo tom de voz, carente

de modulação afetiva e apresentando freqüentes sorrisos imotivados. Rigidez afetiva. Esporadicamente oferece reações emocionais francamente paradoxais, aparentemente em contraste com o conteúdo ideativo de seu discurso no momento (incongruência afetiva). Esboça às vezes idéias delirantes de influência e reformadoras, sem sistematização, discreta dissociação do pensamento. Por exemplo: “Trabalho em ferro é contra a lei secreta que não me deixa”. “Eu era contra tudo o que fosse contra os ricos, mas agora toda a humanidade está passando mal, sofrendo, preciso fazê-la”.

DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS MÉDICO-LEGAIS: Trata-se de um paciente com algumas internações anteriores em hospital psiquiátrico e cuja sintomatologia é peculiar e característica das psicoses esquizofrênicas. Realmente C. C. apresenta sintomas fundamentais dessa doença mental, como sejam: autismo, dissociação do pensamento, idéias delirantes, rigidez e incongruência afetiva. A sintomatologia apresentada e as internações anteriores permitem supor que se trata de um caso já de longa evolução, atualmente dentro da fase crônica, apenas se alternando de período de menor produtividade dos sintomas, com exacerbações psicóticas. A doença diagnosticada e em franca atividade por ocasião da conduta delituosa é de molde a anular inteiramente a capacidade de entendimento do examinando, situando o caso exatamente no tópico “doença mental” do art. 22 do Código Penal. Desta forma torna-se evidente que é nula sua responsabilidade penal.

DIAGNÓSTICO: Psicose esquizofrênica paranóide.

CONCLUSÃO: Em face do exposto concluímos que C. C. sofre de uma psicose esquizofrenca e, assim sendo, em virtude de doença mental, era ao tempo da ação, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato”.

VERIFICAÇÃO DE PERICULOSIDADE

23 DE AGOSTO DE 1.973

COMENTÁRIOS MÉDICO-LEGAIS: "... O paciente tem-se mantido bem ... não tendo havido reincidência do quadro agudo nem atuações anti-sociais. Critica o crime, trabalha e se mantém com isto. Tem planos definidos. O único problema é que deseja seguir num hospital psiquiátrico. Do ponto de vista estrito da periculosidade, esses elementos são todos indicativos de que ela está atenuada, já que muito provavelmente não se repetirão situações potencialmente perigosas. Podemos entender que o paciente deseja ter uma instituição que o contenha e lhe imponha limites para a agressividade, bem como o ampare e proporcione a manutenção. ... Assim sendo, utilizando um critério de probabilidade, é possível indicar que sua reincidência criminal é improvável, todos os dados apontando no sentido de que deve ter suspensa sua Medida de Segurança.

CONCLUSÃO: C. C. está em condições de ter sua Medida de Segurança revogada, face aos comentários deste laudo. Dr. Cláudio Lis Eizerik, Relator. Dr. Antonio Luiz B. Mostardeiro, Psiquiatra Forense.

5º CASO

O DEMÔNIO NO CORPO DE UMA MÃE

..... apaixonou-se profundamente pela religião. Passou a acreditar nas maldades do demônio e na importância de persegui-lo e elimina-lo para o bem da humanidade. Pois, por incrível que pareça, descobriu-o no seio de sua própria família, e mais, quem diria, no coração de sua própria genitora. Apresentou a situação grave aos demais familiares e num dia foi levada à prática a decisão conjunta: o demônio deveria ser extirpado da família. Para

isso, até mesmo a genitora concordou em submeter-se à operação. Foi colocada numa “mesa”, todos os familiares ao seu redor e o “pastor” empreendeu a difícil operação de retirar o demônio do interior do coração de sua mãe.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE

PAPELETA N? 6394

F. DE D. DA S. A.

18 DE JULHO DE 1984 A 23.04.01.

... -RS, 06.10.80.

O ADVOGADO DOS RÉUS PEDE REVOGAÇÃO DA PRISÃO PREVENTIVA DOS RÉUS.

... Foram presos em 16.07.80. O Juízo em 04.08.80 solicitou exame psiquiátrico no IPF. O advogado reclama da demora da instrução

ADVOGADA DA RÉ L. DA S. R.

Constitui-se em defensora da Ré, pedindo a revogação do mandato da defensora anterior.

“... num domingo de reunião (da Igreja Evangélica), quando o depoente (F. de D.) foi juntamente com outros da sua zona, eis que era o dia marcado para eles, e que o pastor levantava o depoente e sua turma para cima, que dava puxões, e dizia que o depoente estava com o diabo, e a turma dele também, e que dizia para o satanaz sair, que ele tinha que ser expulso de lá, e que o pastor correu com eles de lá dizendo que eles

estavam endemoniados, mas que eles não saíram, que começaram a orar, e que o pastor não quis dar a ceia para a irmã do depoente de nome E. e que o pastor disse que a irmã do depoente precisava de doutor senão ela ia morrer, eis que estava louca, e como não quis mais eles por lá, eles resolveram a fazer as reuniões em casa, escolhendo a casa de A., e que na segunda-feira passada, dia 14 do corrente, na parte da noite, o depoente, A., a esposa do depoente, três irmãs do depoente, dois irmãos do depoente, as duas filhas do depoente, essas menores, o pai do depoente, a mãe, a mulher de A., os dois filhinhos de A., encontravam-se orando na casa onde A. mora, e que para evitar da “BESTA” chegar a fazer estragos, eis que essa gosta somente da noite, das trevas, e que a “BESTA” chegava nos bichos, cachorros e porcos, e que os cachorros tentavam entrar para dentro de casa, e que a “BESTA” era mandada pelo pastor, e que antes da “BESTA” chegar no depoente, o depoente matou dois cachorros, um fazendo uso de uma faca e outro fazendo uso de uma arma de chumbo. Que os outros cachorros dois foram mortos por A. e o pai do depoente matou o outro e que a “BESTA” chegou na mãe do depoente, e que os outros viram que a “BESTA” chegou na mãe deles, por que esta não podia ficar na claridade, e que quando a “BESTA” chega a pessoa fica com os olhos fechados, é o sinal de que ela está presente e que eles repararam que a velha estava com a “BESTA” e que agarraram a velha, e os que agarraram foram o depoente, a L., o irmão do depoente F. de A. e o pai do depoente e que colocaram a velha no chão na claridade, porque aí ela não reage e que botaram a velha deitada numa porta de um dos quartos e que o depoente pediu a faca e que parece que foi Ed. que alcançou, essa irmã do depoente, e que eles tiraram um pouco da roupa da velha com a ponta da faca, e que outro pouco levantaram, e que L. riscou o couro da velha com a ponta da faca, pegando da altura do ombro para baixo e que naquela hora o depoente recebeu uma força, uma vontade de matar aquela “BESTA”, para tirar do meio deles aquele tribulação que os atacava e que o depoente pegou a faca da mão de L. e enfiou a faca profundamente na

velha e que o depoente enfiou a faca no coração primeiro e que nessa hora desse fato a velha não gritou nenhum instante, que cerrou os dentes, e que o depoente com a faca abriu a velha de cima abaixo para tirar a pílula que ela havia tomado antes, e que aquela pílula era para o coração e que a religião do depoente não permite que tomem remédio e que o depoente tirou a pílula que a velha havia tomado, e os outros oravam, e que a irmã do depoente L. orou e falou com Deus, onde recebeu a ordem que transmitiu aos outros, onde foi marcado o local e quem deveria ir enterrar a velha, que foram o depoente, seu pai, seu irmão F. de A. e Ed., e que A. estava num galpão escuro, porque estava com a “BESTA” também, e que o depoente disse para A. “Uma das Bestas já foi” tu te cuida que tu também vai ir, e que ao enterrarem a velha, quando retornaram a tribulação estava mais calma, e que a noite o depoente queimou vários objetos que estavam dentro de uma gaveta e que estavam com a marca da “BESTA” e que a coisa acalmou por uns minutos e que no mesmo dia que matou a velha, a “BESTA, o depoente também matou a “BESTA” que tinha saído da velha e entrado no seu irmão de nome C. que caminhava muito pouco, porque a “BESTA” estava tomando conta dele, e que seu irmão que estava deitado, após eles terem deitado este, o depoente subindo para cima dele começou a pular em cima dele, e que seu irmão não reagiu porque estava na claridade, e que também não gritou, e que o espírito dele saiu, mas que a “BESTA” permaneceu. Que, depois de tudo isso, os que estavam na casa se colocaram todos contra o depoente e que esse começou a agredir a todos que estavam com a “BESTA” e que fugiu para o mato, mas voltou para pegar a Bíblia, e disse que sem a palavra de Deus a “BESTA” pegaria o depoente, que pegou a Bíblia e saiu para estrada e que lá falou com Deus, onde perguntou a Deus se deveria vir os irmãos deles que estavam para Porto Alegre, Pelotas e Bagé, para ver se eles estavam com Jesus para ajudar o depoente que já estava se sentindo fraco, e que Deus ordenou que o depoente mandasse o irmão F. de A., que esse saísse para buscar gente de ... e que o depoente voltando falou com seu pai onde

disse que havia sido ordenado que fossem buscar seus irmãos e que tinha que ser F. de A. seu irmão que iria buscar. PR. Que o depoente matou a “BESTA” que estava em sua mãe, e em seu irmão e que continuaria matando todas as Bestas que aparecessem, desde que fosse ordenado por Deus. PR, Que não matou as bestas que poderiam pegar as crianças porque Deus defende muito essas e que o Deus do depoente também não lhe ordenou, por isso não foi preciso mata-las. PR. Que F. de A., L., o depoente, seu pai não estava com a “BESTA” mas que no dia 16, de noite, o pai do depoente pegou a “BESTA” e que o depoente ia matar a “BESTA” que estava no seu pai. PR. Que todos os que matou fez isso porque estavam com a besta e que eles estão vivos. PR. Que o depoente é um enviado de Deus e que veio para clarear esse país, que possui muita fome e miséria, e que se preciso for e se tiver ordem de Deus matará todas as Bestas que acometer esse país. PR Que o pastor estava enganando eles, que dia de feiras não atendia seus compromissos, que ia para as feiras, e que não atendia os doentes e que o pastor é que mandou as bestas para destruir eles. PR. Que o depoente não sabe ler e quem lia a Bíblia era L. e que a palavra de Deus o depoente fazia em prática através de L.. PR. Que os que estão machucados o depoente batia nesses, usando um pedaço de pau e outros com os punhos. ...”

O INDICIAMENTO E A PRISÃO PREVENTIVA

As seguintes pessoas são indiciadas por homicídio e por lesões corporais graves: F. de D. da S. A., vulgo “Deusinho”, F. X. A., F. de A. da S. A., A. R., L. da S. R., A. M. P. dos S. e L. M. P..

Informa a autoridade policial que F. assassinou a própria mãe, M. A. da S. A e seu irmão C. S. A. e causou lesões corporais em M. Ed. da S. A., L. da S. R., C. M. da S. A., A. M. P. dos S. e L. M. P..

Declara o Juiz: “ ... Considerando as circunstâncias e a maneira da execução dos delitos, praticados por fanatismo religioso, contra ascendente (própria mãe), irmãos e parentes por afinidade, tendo em vista ainda que os delitos provocaram forte clamor público nesta localidade, bem como em todo o Estado do Rio Grande do Sul, como foi amplamente noticiado pela imprensa falada e escrita, bem como pela televisão; considerando, além disso, que em liberdade os indiciados poderiam prosseguir em sua prática criminosa, segundo declaração de F. e L., impõe-se a decretação de sua prisão preventiva para assegurar a ordem pública”. Invoca os artigos 311 e 312 do CPP e decreta a prisão preventiva de todos, exceto de A. M. P. dos S. e L. M. P., as duas últimas por não estarem suas participações perfeitamente comprovadas.

F. permaneceu no IPF desde 18.07.84, obtendo a liberdade em 23.04.01.

6º CASO

O JUIZ QUE NÃO ACREDITA NA ASSISTÊNCIA EXISTENTE

“PODER JUDICIÁRIO

MANDADO: 2281/2007

MANDADO DE BUSCA E APREENSÃO. AVALIAÇÃO MÉDICA E, SE NECESSÁRIO, DE INTERNAÇÃO.

ADOLESCENTE: D. L. DE A. G.

Provável localização: Rua Deputado Cunha Bueno, 150, apto 211, Bloco 07, COHAB/Cavallhada. Fone: 97222245.

O Juiz da Infância e Juventude, que este subscreve, determina a BUSCA, APREENSÃO E AVALIAÇÃO MÉDICA do adolescente D. L. DE A. G., filho de C. F. F. DE A. e J. A. G., no PAM 3, sito na rua Prof. Manoel Lobato, 151, Vila dos Comerciários, nesta Capital. EM HAVENDO NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ESTE JUÍZO AUTORIZA DE IMEDIATO, devendo o adolescente ser encaminhado ao Nosocômio indicado. Caso não exista o leito hospitalar pleiteado, que venha o município de Porto Alegre a comprar vaga na rede privada, conforme determinação na Ação Civil Pública nº 789321, datada de 01/06/1999 cuja cópia acompanha o mandado. O Oficial de Proteção da Infância e da Juventude deverá, ainda, concomitantemente, certificar-se do total cumprimento do emanado, advertindo o agente de que a não execução da ordem judicial poderá implicar crime de desobediência, bem como de responsabilidade civil. CUMPRA-SE. Porto Alegre, 26 de outubro de 2007. Leoberto Brancher. Juiz de Direito”.

PROGRAMA MUNICIPAL DE EXECUÇÃO DE MEDIDAS SÓCIO-EDUCATIVAS EM MEIO ABERTO

PEMSE

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA

NOME: D. L. DE A. G.

MEDIDA: LA/PSC

URGENTE

Observação: LA = liberdade assistida; PSC = prestação de Serviços à Comunidade.

INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO:

D. L., 13 anos, recebeu medidas de LA e PSC (20 semanas/4 horas) em 13/09/07, por Receptação e Lesão Corporal Recíproca com medidas protetivas de comprovar escolaridade e tratamento para drogadição, pois é usuário de crack. Compareceu nesta CR6 em 25/09/07, acompanhado pela avó e irmão com quem reside e foi encaminhado para o PAM 3. Em 03/10/07, compareceu com a avó e o irmão para nova entrevista de LA. Além de haver se recusado a ir ao PAM 3 e não haver iniciado o cumprimento da PSC para a qual foi encaminhado (CECOPAM), comportou-se de forma alterada, discutindo com a avó e ao sair batendo no irmão com uma vara e ameaçando de morte a avó e os demais familiares. A avó refere que D. costuma quebrar tudo em casa, situação essa que unindo aos fatos já relatados denotam um alto nível de agressividade, bem como falta de condições de controle por parte da avó.

PROVIDÊNCIAS SUGERIDAS

Por mostrar-se imprescindível tratamento psiquiátrico para o adolescente, sugerimos, SMJ, a condução de D. ao PAM 3 por Oficial de Proteção para avaliação psiquiátrica com vistas a internação. Márcia C. Soares, Educadora, Coordenadora do PEMSE CR6.

CERTIDÃO

O Oficial de Proteção ROGÉRIO MIRANDA, comunica que em 05/11/07 recebeu o pedido de viatura para cumprir mandado de busca e encaminhamento ao PAM 3 do adolescente D. L. DE A. G.. Constatou que os familiares do adolescente haviam mudado de endereço. Foi então informado por uma tia que D. encontrava-se no bairro e estava vestido com uma bermuda jeans, camiseta azul clara e chinelo branco. O Oficial percorreu as ruas do bairro e numa delas encontrou um jovem que ao ser abordado confirmou tratar-se de D.. Ele informou que sua mãe havia se

mudado para Esteio, bem como sua avó, responsável por sua guarda. O adolescente foi levado ao PAM 3 e lá chegando foi atendido pela Dra que demonstrou estar pouco receptiva. Após alguns minutos de conversa, indaguei da médica se o caso de D. era de internação, ao que a mesma respondeu que “não aceita ingerência do Juizado em suas decisões”, e que “internação de menores drogados é perda de tempo e dinheiro”. Relato que a todo momento, a Dra. ... chamava D. de “abobado e retardado”. Isto posto, determinou a médica que não era caso de internação, mesmo após termos argumentado de que o jovem D. tem passado o dia inteiro fumando “pitico” (crack misturado com maconha). Insensível aos apelos, determinou o encaminhamento de D. para tratamento ambulatoria no NASCA. Ato contínuo, dirigimo-nos à 3ª VIJ e após as devidas explicações fui orientado pelo oficial ajudante Renato, a retornar ao PAM na manhã do dia 06/11/07. ... O adolescente foi levado ao PAM 3, onde foi examinado pelo médico G. K. que devido ao estado de drogadição de D. resolveu encaminhá-lo para internação na Clínica Gramado. P. Alegre, 06/11/07”.

O Juiz tomou conhecimento do comportamento da Dra. e considerou-o “inadmissível, surpreendente e estranhável”. Demonstrou que dos 9 Oficiais, 5 dedicaram-se à procura do adolescente e após encontrá-lo e levá-lo ao PAM 3, se depararam com a atitude da Dra. Refere que se o trato havido de reciprocidade interinstitucional não consegue vigorar por ausência dos elevados propósitos que suscitaram sua existência, não há motivo para que continue a existir.

Em extensa manifestação, o Juiz refere que o incidente relatado pelo Oficial de Proteção retrata o abandono e seus efeitos práticos com relação à assistência aos adolescentes. Se não é mais válida a respeitosa relação interinstitucional, refere que deve ser revista a posição até aqui adotada e a decisão a ser tomada em casos como o referido. Não há porque o Juiz

submeter ao profissional (o médico psiquiatra) suas decisões, devendo, assim, predominar o posicionamento e a decisão do Juiz. Considera que o caso é ilustrativo do quadro de desorientação porque passa a política municipal na área, invocando um caso semelhante da adolescente B. C. F. M.. **Conclui, por fim, que “não mais observará o acordo acima referido e passará a determinar as baixas mediante requisição, com todas as implicações legais, correspondentes em caso de descumprimento, sempre que devidamente subsidiados os pedidos e sempre que, assim o Juízo entender necessário, ou seja, à revelia das avaliações do PAM 3”.**
19.11.07.

A seguir expede cópias de sua manifestação para 17 endereços, entre os quais o Prefeito Municipal, Os Juizes da 1ª e 2ª Varas da Infância e da Adolescência, Câmara dos Vereadores, FASC, Sindicato Médico.

O JUIZ, DR. LEOBERTO BRANCHER, resolveu enviar a várias instituições a manifestação de sua inquietação sobre a assistência aos adolescentes. Uma delas foi encaminhada ao Sindicato Médico que respondeu da seguinte forma:

Porto Alegre, 26 de novembro de 2007. Exmº Sr. Dr. Leoberto Brancher. Juiz de Direito. Senhor Juiz. O Sindicato Médico do Rio Grande do Sul vem há muito tempo alertando para os desdobramentos da reforma psiquiátrica, que na prática está provocando a extinção do atendimento especializado em hospitais. Casos como o da adolescente B. C. F. M. evidenciam o drama que se repete em todo o Estado, a falta de assistência por absoluta falta de leitos psiquiátricos. Agradecemos o envio das informações sobre as providências adotadas no caso mencionado e propomos que seja convocada uma audiência pública para debater com todas as partes envolvidas alternativas que produzam resultados efetivos com vistas a reverter a grave crise que estamos vivenciando. Encaminhamos em

anexo relatório contendo informações sobre a drástica redução de leitos em Porto Alegre e no Estado nos últimos 15 anos. Atenciosamente. MD Paulo de Argollo Mendes. Presidente. (ver sobre redução de leitos logo adiante)

3. JUSTIFICATIVAS

A pesquisa sobre o tema e o presente estudo poderá contribuir para encontrar soluções para os problemas existentes, tanto no modelo vigente e em funcionamento, caracterizado como ambulatorial, como no que se refere aos macro-hospitais psiquiátricos.

Torna-se importante discutir a questão da assistência à saúde mental sob vários aspectos:

- a) – conceito e definição de doença mental;
- b) – a assistência à saúde mental no Brasil e no RGS;
- c) – as leis de Reforma Psiquiátrica estadual e federal;
- d) – os termos da DUDH e dos DH na Constituição Federal;
- e) – aspectos teóricos enfocados na literatura consultada;
- f) – dados que possam ser retirados do IBGE, SUS e outras publicações;
- g) – realização de uma conexão entre os direitos humanos e a conquista de melhores padrões de assistência à saúde mental.

Cada um destes tópicos poderá ser aprofundado quanto à assistência à saúde de modo geral e à saúde mental em particular. Não é objetivo deste trabalho o aprofundamento das diversas questões suscitadas pela pesquisa realizada.

No entanto, alguns comentários superficiais poderão ser feitos, considerando os vários tipos de doentes apresentados.

Como foi visto, o caso de Damião Ximenes mostra-nos que a assistência ao doente mental é muito precária e, no caso, levou o paciente à morte. Ou melhor, o paciente foi assassinado no local onde pretensamente deveria ser tratado para conseguir sua recuperação. Graças a iniciativa dos familiares, estimulados por outras pessoas e por órgãos defensores dos Direitos Humanos, o caso chegou à Corte Internacional. O processo é didático e vale a pena ser lido em sua totalidade. Mostra a quantidade de obstáculos existentes para a realização de uma boa assistência à saúde mental, quanto de bom existe do ponto de vista teórico, o avanço das leis e regras institucionais e sua grande falha quando se choca com a realidade dos fatos. Mostra ainda que o Brasil, apesar dos compromissos assumidos, não cumpre com a legislação existente que ampara os doentes mentais.

No segundo caso, verifica-se algo que pode ser considerado como “kafikiano”. Um funcionário de Cartório é preso pela acusação de ter facilitado a prática de bigamia por parte de um estrangeiro. O funcionário era um cidadão com boa representação social em sua comunidade, uma cidade de tamanho médio, mas, entre suas virtudes (para outros um defeito) era a prática de ações bondosas, emprestando dinheiro, orientando e ajudando as pessoas, discutindo temas de natureza política. Nem sempre havia aprovação de seu comportamento por parte de sua esposa. Ao contrário, ela era contrária ao seu comportamento generoso, achando-o exagerado e, na época, perigoso. O funcionário foi considerado culpado da irregularidade (bigamia), foi cassado por um Ato Institucional, levado a exame de sanidade mental e ao terminar todo o processo estava enfraquecido e perturbado psicologicamente.

No terceiro caso, temos a oportunidade de examinar várias situações relacionadas à paciente, além do crime que cometeu. Fazia “ponto” em ruas de Porto Alegre, conforme registro de seu prontuário no HPSP, cobrando pequenos valores, mostrava manifestações de agressividade na via pública, teve várias internações e na instituição onde estava abrigada, Hospital Psiquiátrico São Pedro, cometeu o crime à noite, longe dos olhos da enfermagem, sempre em número reduzido para uma quantidade enorme de pacientes a serem cuidados.

Verifica-se que ocorre uma banalização frente a fatos tão graves como a morte de uma pessoa, como se um assassinato fizesse parte da instituição, estando previsível que isso acontecesse a qualquer momento. Não basta, portanto, uma boa legislação, uma visão generosa e humanitária com relação aos doentes, o que, na verdade, surge como um falso discurso. É necessário que a prática diária da assistência esteja de acordo com a legislação, com a formação de pessoas que componham as equipes de cuidados destes pacientes, com qualidade e quantidade de acordo com as necessidades. A economia do Estado na área de saúde mental, acaba produzindo prejuízos pessoais e sociais incontornáveis, não suficientemente medidos e valorizados no Brasil.

No quarto caso, vemos um ótimo exemplo de como as idéias de uma pessoa, no caso as idéias do paciente C. sobre o demônio, podem se transformar em tragédia numa família. Ele, C., sentia-se um “idiota”, mas ao mesmo tempo era “Jesus Cristo Todo Poderoso”. A ele cabia matar o demônio, onde ele estivesse. Convenceu-se que o demônio estava no corpo do irmão. O processo de auto-convencimento não se deu evidentemente de um dia para o outro. Muitos avisos foram dados por C. ao próprio irmão e à família, gerando a crítica de C. de que “a família descuidou-se” ao não manda-lo “para o hospício”. Os sintomas e sinais da doença de C. não foram valorizados pelo grupo familiar. Além disso, o próprio irmão assassinado

dizia para C. que gostaria de morrer (parecia uma pessoa que estava sempre deprimida) e diante das ameaças de C. de que iria mata-lo concordava que isso fosse feito. C. fez o que o irmão queria que era morrer e além disso “salvou a humanidade” porque matou o demônio que estava “habitando” o irmão.

O quinto caso é semelhante ao trabalho clássico de Michel Foucault intitulado “Eu, Pierre Riviere, que matei minha mãe, meu irmão e minha irmã”. Tal como aconteceu neste caso, Deusinho também era profundamente religioso. Por ser analfabeto, quem lia a Bíblia e transmitia seus ensinamentos era uma irmã, L., ela também convencida a respeito dos males produzidos pelo diabo (a “besta”). O pastor evangélico expulsou-os de sua igreja e foi considerado por Deusinho como um traidor e até mesmo acusado de ele, pastor, ter mandado o diabo para sua casa e para seu grupo familiar. Sem terem uma igreja, fizeram a sua própria igreja na casa de um deles e Deusinho transformou-se no pastor do grupo. Imagine-se que tudo não aconteceu de um dia para outro. Trata-se de um processo de convencimento religioso do grupo. Eram pessoas pobres e que viviam isolados em zona rural. Submetidos a Deusinho e sua irmã L. convenceram-se da presença do diabo (a “besta”) nos bichos, que foram mortos por causa disso, e nas pessoas, entre as quais a mãe e um irmão. Ao mata-los, Deusinho estava matando a Besta e não seus familiares, pois depois declarou que eles permaneciam vivos. Mas a Besta não morria tão facilmente. Penetrava em outros, o que aconteceu com o irmão C., e poderia ter acontecido com o cunhado e com o próprio pai. Todos deveriam ser mortos, desde que ele recebesse a ordem de Deus.

Assim poderia acontecer também com todos aqueles que criavam fome e miséria no país. Poderia tornar-se um “justiceiro” social, convencido de que tudo era obra do diabo (a besta) que penetrava nas pessoas e desta forma produzia seus males. A morte que ele praticava não era um mal e sim um

benefício para a humanidade. Tal como C. C., ao matar o demônio estava produzindo um bem para a humanidade. E este bem deveria ser produzido mesmo que para isso tivesse que ser morta a própria mãe.

O sexto caso mostra a situação caótica que vive a assistência à saúde mental. O menor é um delinqüente. O rótulo está colocado nele e vai acompanhá-lo por toda a vida. Um psiquiatra tem a convicção que “caso como este” não tem cura. Outro, decide de maneira contrária e concorda em encaminhá-lo para internação.

O Juiz não acredita mais nas promessas dos dirigentes dos órgãos responsáveis pela assistência à saúde e decide que sempre que houver casos semelhantes tomará a decisão de pedir a internação, independente da opinião do médico responsável. Vê-se, o que é muito comum nos dias atuais, os casos de doentes mentais sendo decididos pelo Poder Judiciário e não pelos órgãos responsáveis pela saúde mental. Sem a intervenção do Poder Judiciário não há solução para o caso. Mas, veja-se, é solucionado *um caso*. Os demais, semelhantes, continuam sem solução. Não basta a pregação de que “os manicômios devem ser fechados” e os doentes não devem ser chamados de doentes e sim de pessoas com “sofrimento psíquico”.

Desvaloriza-se, desta maneira, o trabalho de profissionais que se dedicam à assistência à saúde mental, que possuem capacidade técnica para isso, desviando a atenção para temas filosóficos, políticos e ideológicos, às vezes teoricamente atraentes, mas deixando de encontrar-se soluções efetivas para os casos práticos do dia-a-dia. O Poder Judiciário se vê na incômoda situação de resolver casos que tecnicamente não lhe pertencem, mas tem a obrigação de lembrar a todos que a Lei (a Constituição) deve ser obedecida.

A INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO

Não se pode afirmar que uma pessoa torna-se psicótica porque religioso. Mas, em muitos casos clínicos é comum observar-se a importância da religião, das crenças religiosas e das práticas diversas. Existe uma vasta literatura que trata do assunto. No entanto, vale a pena lembrar aqui o que nos diz nosso maior escritor, Machado de Assis, ao focar o assunto de maneira inteligente, audaciosa e até prevendo o futuro. É o que faz em seu conto, “A Igreja do Diabo”, que comentamos a seguir e que juntamos a este Trabalho de Conclusão.

MACHADO DE ASSIS – CONTO: “A IGREJA DO DIABO”

Nos exemplos de casos clínicos há dois deles diretamente relacionados ao *demônio*. O diabo, sob suas mais variadas denominações e manifestações entre os humanos, faz parte da crença popular e das crenças das igrejas. Atualmente no Brasil criam-se igrejas por atacado, uma vez que a própria Constituição, corretamente, defende a liberdade religiosa. Algumas destas igrejas mais parecem igrejas do Diabo do que igrejas de Deus. Em apenas um segmento de um dos bairros de um município de Santa Catarina, famoso por sua beleza natural, existem mais de 10 igrejas evangélicas instituídas, cheias de povo. O diabo é uma figura marcante nas pregações dos dirigentes e na crença de seus fiéis servidores. Há que defender-se do diabo e há que ter medo dele. O diabo é tão diabólico que pode estar disfarçado de diferentes formas, inserido no corpo e na alma de alguém e até mesmo em objetos. É difícil, portanto, escapar de sua força, quase tão poderosa quanto a de Deus.

Nosso genial escritor, adivinhando o século XX, criou o conto “A Igreja do Diabo” (ver anexo), no qual retrata a inconformidade do Diabo de continuar sendo um vassalo de Deus e desta forma estar sendo explorado pelo Senhor.

Resolveu ele, o Diabo, criar a sua própria igreja. Espantosamente, para surpresa do próprio Diabo, não foi uma tarefa muito difícil. Rapidamente encontrou fiéis seguidores em todo o mundo. Era uma igreja de princípios, tal como deve ser toda a igreja. Avisou Deus de que fundaria a sua igreja, pois considerava que esta era uma manifestação de lealdade para com o Senhor. Chegando à Terra, tratou de desfazer as “mentiras” que sempre foram espalhadas a seu respeito. E passou a pregar o prazer, o deleite, a glória para todos. Soberba, luxúria, preguiça, avareza, ira, inveja, passaram a ser virtudes. A inveja, passou a ser a principal virtude, a virtude preciosa, capaz de suprir todas as outras, reveladora de um grande talento.

Ao definir a fraude, por exemplo, o Diabo afirmava que “era o braço esquerdo do homem”. O direito era a força. A venalidade passou a ser “um direito”. E argumentava: “se podes vender tua casa, o teu boi, o teu sapato, o teu chapéu, ... como é que não podes vender tua opinião, o teu voto, a tua palavra, a tua fé, coisas que são mais do que tuas, porque são a tua própria consciência, isto é, tu mesmo w Mas, considerando o preconceito social, seria conveniente que houvesse dissimulação no exercício destes direitos legítimos, “o que era exercer ao mesmo tempo a venalidade e a hipocrisia, isto é, merecer duplicadamente.” Conseguiu, então, triunfar, e sua igreja alastrou-se pelo mundo.

A SAÚDE MENTAL E A MÍDIA

A questão da saúde mental no Brasil e no Estado é discutida diariamente na área que lhe é própria e nos meios de comunicação. Um artigo do Dr. Germano Bonow (ZH, Artigos, título: Hospícios) lembra que em 1.974 havia cerca de 5.500 pacientes no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). Aquele número assustador de pacientes revelava que o macro-hospital havia se

transformado num depósito de doentes mentais. Uma falência do sistema de tratamento dos doentes. Na verdade, os doentes mentais de todo o Estado convergiam para o HPSP, como um dos poucos locais onde encontravam abrigo e tratamento. Os administradores à época refletiram que algumas medidas deveriam ser tomadas para modificar a situação. Não se sabe exatamente o que ocorreu a cada um daqueles pacientes no interregno de pouco mais de 30 anos. Houve uma campanha de altas do HPSP, um esforço para que houvesse uma revinculação destes pacientes com seus familiares, uma grande parte deles envelheceu e foi a óbito, outros foram encaminhados para outras instituições. Hoje, 2.008, este número se reduz a cerca de 500 pacientes.

O artigo de Bonow, enfoca outras duas questões importantes. A primeira delas se refere sobre a definição de manicômio e de hospital psiquiátrico. Ele mesmo fornece a explicação, esclarecendo que hospital é um local para tratamento de doentes, enquanto manicômio é um local considerado como asilo, prisão, depósito. Obviamente, ninguém deseja que os doentes mentais estejam abrigados em locais que se assemelhem a depósitos ou prisões. Portanto, seja a instituição um local que abrigue poucos ou muitos doentes, ele nunca deverá ter a feição de um depósito de pessoas enfermas.

Neste sentido deverá haver uma unanimidade por parte de todos e da sociedade. O “manicômio”, expressão que se deteriorou com o tempo, tornou-se sinônimo de depósito e de prisão dos doentes mentais, numa deformação de seu sentido original, que era o de estabelecer um lugar de abrigo humano e adequado para aquelas pessoas que sofressem de doenças mentais e que tivessem praticado algum crime. O Juqueri, em São Paulo, o HPSP e o IPF no RGS, passaram a ser denominados de manicômios, por conterem, pelo menos em parte, a característica deplorável de “depósito de doentes mentais”.

O fato de se constatar que as instituições tivessem perdido seu caráter original, o de abrigar com dignidade os doentes mentais, não elimina a situação *real* dos pacientes, que continuam, enquanto vivos, a submeter-se às regras, ao ambiente e à cultura existentes nestes locais. Havia necessidade, como continua havendo, do Estado, como agente efetivo da obrigação constitucional de proporcionar os meios adequados para a saúde dos cidadãos (a saúde é um direito e um dever do Estado assegurá-lo) de imprimir reformas físicas, estruturais, financeiras, de recursos humanos, a fim de que estes locais possam alcançar um nível adequado no atendimento a seus pacientes. Ou seja, se apresentam no todo ou em parte um funcionamento do tipo manicomial, devem ser feitos todos os esforços possíveis para que tais falhas sejam superadas e, por fim, se propicie um local que seja definido como um hospital e não como um manicômio ou um depósito de pessoas doentes, “um lixo da sociedade”.

A segunda delas se refere à importância do diagnóstico do transtorno mental. Não basta a classificação generalizada de “sofrimento psíquico”. Ela serve para se classificar tanto pessoas que sofrem distúrbios leves, como aquelas que apresentam transtornos moderados e graves. Mas servem também para destacar o que ocorre igualmente como pessoas consideradas mentalmente sadias. Portanto, a classificação generalizada de “sofrimento psíquico” não serve para os objetivos de uma política de tratamento de pessoas que sofram de transtornos psicológicos. Na verdade, seria um desconhecimento de um esforço universal no reconhecimento dos transtornos psicológicos, consagrados e indiscutíveis por parte do mundo científico. Uma classificação generalizada como a de “sofrimento psíquico” não conduz os profissionais da área a um esforço de compreensão do que está acontecendo com a pessoa que apresenta o transtorno psicológico.

Instituições como as referidas anteriormente, mostram uma quantidade enorme de pacientes com diferentes comportamentos. Para uns a

classificação é de que seu transtorno denomina-se *esquizofrenia*, para outros trata-se de um *transtorno bipolar*, uma *depressão grave com risco de suicídio*, ou uma *deficiência mental*. Todos podem apresentar um diagnóstico comum, uma classificação generalizada, a de “sofrimento psíquico”, mas do ponto de vista médico, podem ser classificados como apresentando um “*estado psicótico*”, uma situação existencial em que o indivíduo apresenta parte de sua personalidade deformada, uma perda de contato com a realidade e um desconhecimento de sua própria doença.

O reconhecimento desta situação é importante para o próprio indivíduo e para a sociedade, pois contém um risco para si e para os outros. E, se apresenta um *estado psicótico* poderá estar indicada sua internação em local especializado (hospital, clínica ou enfermaria de hospital geral), medida necessária para sua proteção e de outras pessoas. Mas, as pessoas podem apresentar “sofrimento psíquico” e não se caracterizar este sofrimento como um *estado psicótico*, não sendo por consequência necessária a internação. Assim ocorre em situações como *depressões leves ou moderadas, em fobias ou obsessões e compulsões*. Tais pessoas podem ser tratadas num sistema ambulatorial de atendimento.

Verifica-se, portanto, que sempre haverá necessidade de um local de internação quando uma pessoa apresentar um “*estado psicótico*”. O atendimento de pessoas com “sofrimento psíquico” está dentro da área de assistência à saúde. Cabe ao médico a decisão sobre o tipo de tratamento a ser instituído dentro de um sistema assistencial de saúde. E deverá ter este profissional a capacidade de distinguir as diferentes situações que se apresentarem a seu exame. Esta capacidade é adquirida através de seus conhecimentos no curso de medicina e na especialização denominada psiquiatria.

Aos gestores do *sistema assistencial de saúde* cabe oferecer à população as instituições necessárias para que os cidadãos portadores de transtornos psicológicos encontrem um alívio de seu sofrimento. Estas instituições correspondem às redes ambulatoriais, nas suas diferentes formas, e aos hospitais. Estes, é evidente, devem estar equipados para se obter os melhores diagnósticos, tendo recursos financeiros suficientes para seu funcionamento e pessoal qualificado para o desempenho de seu papel social. No caso de transtornos psicológicos que requerem internação, as pessoas tem direito aos exames minimamente necessários para um diagnóstico correto, desde os exames clínicos habituais até os laboratoriais e por imagens. Isso é um procedimento fundamental para indicar o rumo correto quanto ao tratamento adequado em cada caso particular.

Não se admite, portanto, em pleno século XXI, a existência de hospitais que pareçam depósito de pessoas e sem as condições adequadas de funcionamento moderno. Como também não se deve admitir uma rede ambulatorial, cujos ambulatórios tenham diversas denominações e siglas, mas que não conseguem resolver adequadamente a demanda da população.

AS LEIS DE “REFORMA PSIQUIÁTRICA”

Qualquer que seja o *sistema assistencial de saúde*, a figura principal do cenário, seja qual for a situação, é sempre o paciente. Sobre ele devem convergir todas as atenções. A assistência consiste em tentar solucionar o drama que envolve esta figura central. A outra figura importante é a do médico que o atende. Toda a estrutura do sistema, muito ou pouco sofisticada, resume-se ao encontro destas duas pessoas: uma, o doente, a outra, o médico. Este profissional passa grande parte de sua vida voltado ao aprendizado que tem por objetivo satisfazer da melhor forma possível este

importante encontro. Cada especialista vai ter seu papel específico na tentativa de ajudar a pessoa que está sofrendo.

Muitos outros profissionais agregam-se neste mesmo objetivo. Todos tem seus papéis específicos e nenhum é “mais importante do que o outro”. No entanto, pela natureza do objetivo a que se destina, o médico é que detém os conhecimentos e a prática necessários para determinar “o que fazer” com relação a cada paciente e a cada situação. A equipe multiprofissional, seja antes deste encontro, seja durante ou após ele, dependem da orientação dada pelo médico.

Todos os passos numa *assistência à saúde* são perfeitamente classificados e visualizados. Tudo pode ser previsto e previamente organizado. Assim, seja em nível de ambulatório ou numa situação mais complexa num hospital, as situações já são conhecidas em sua grande maioria e os procedimentos podem ser regrados convenientemente para cada situação particular. Os detalhes sobre cada situação pertencem ao conhecimento dos profissionais que participam deste atendimento, absorvidos em demorados cursos e longo aprendizado. Desta forma, constrói-se a *experiência* de cada um dos profissionais. Quanto maior experiência da equipe, supõe-se que melhor será o atendimento.

A doença mental, o transtorno psicológico, o distúrbio psicológico, a enfermidade psíquica, o “sofrimento psíquico”, tenha o nome que tiver para classifica-lo, surge em forma de pessoa à frente do médico. Se cada personalidade é única, no sentido de que não existem duas personalidades iguais, o mesmo ocorre com a doença ou o sofrimento de cada um. Ela também é única e assim deve ser vista pelo médico, seja em nível ambulatorial ou hospitalar.

Com relação à legislação sobre a questão da saúde mental, destacam-se duas leis: a Lei Federal 10.216 de 2.001 e a Lei Estadual (Lei “Marcos Rolim”) 9.716 de 07.08.92. A mais importante é a que regula o assunto em termos nacionais, a Lei 10.216, aprovada em 2001, depois de muita discussão principalmente no Senado Federal. Sua aplicação, tal como o preconizado por seus diferentes artigos, mostra-se adequada na atualidade para a solução dos problemas na área de saúde mental. Assim, alguns aspectos deste documento podem ser destacados:

“Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

§ único: São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental;

Art. 3º - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no § único do art. 2º.

Art. 5º - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente

de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário”.

.....

Seguem os artigos seguintes: o Art. 6º, que trata sobre os tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória, esta determinada pela Justiça; Art 7º, sobre a internação voluntária, quando a pessoa declara estar em condição; Art. 8º, a obrigatoriedade da internação ser autorizada por médico devidamente registrado no C. R. M. e a comunicação da internação ao M. P. estadual; Art. 9º, a internação compulsória determinada por Juiz; Art. 10, a obrigatoriedade da comunicação sobre evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento, em 24 horas, ao representante legal do paciente; Art. 11: a obrigatoriedade de consentimento pelo paciente e comunicação aos conselhos profissionais e ao CNS sobre pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos; Art. 12, o acompanhamento pelo CNS da implementação desta Lei, através de comissão nacional. A Lei entrou em vigor em 06.04.01 e foi assinada por Fernando Henrique Cardoso, Jose Gregori e José Serra.

A Lei 9.716, de 07.08.92 (Lei “Marcos Rolim”), institui a “gradativa substituição do sistema hospitalar” por “uma rede integrada e serviços assistenciais de atenção sanitária e sociais...”; veda a construção de hospitais psiquiátricos e a ampliação de leitos psiquiátricos (públicos e/ou privados) e cria a possibilidade de tratamento em hospitais gerais.

A lei estadual deve adaptar seu texto, ajustando-se à lei federal. Isso ainda não aconteceu. De toda a maneira, vale mais o que diz a lei federal do que aquilo que preconiza a lei estadual. Assim sendo, é urgente que seja instituído no país um atendimento de acordo com a lei federal, em que não se exclui a internação psiquiátrica. A situação em Porto Alegre é tão grave que uma Juíza deu um prazo de 90 dias para que o município organize a assistência à saúde mental, sob pena de pagamento de multa diária. Eis a notícia.

JUSTIÇA DETERMINA CRIAÇÃO DO SERVIÇO PSIQUIÁTRICO DE EMERGÊNCIA

“A Juíza de Direito Rosana Broglio Garbin, da 7 (setima) Vara da Fazenda Publica, determinou que o Municipio de Porto Alegre crie o Serviço Psiquiátrico de Emergência, sem prejuízo do existente junto ao Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, com instalações físicas e número de servidores apropriado.

A magistrada concedeu prazo de 90 dias para que sejam adotadas as providências necessárias para a instalação do serviço, ao termino do qual passará a correr multa no valor de R\$ 10 mil por dia de descumprimento. (Fonte: Site TJ-RS).

BRASIL, UM PAÍS CHEIO DE CONTRASTES

O Brasil destaca-se por ser um país com um território muito extenso, aparentemente uno e sem divergências em suas várias regiões, mas com grandes diferenças na distribuição de rendas. Assim, numa mesma cidade há pessoas com uma renda extraordinariamente grande, enquanto ao seu lado multiplicam-se os barracos onde vivem pessoas em situação de miséria. Sem estudar e tentar solucionar estas diferenças gritantes, jamais o país conseguirá proporcionar a seus cidadãos as boas ou mínimas condições de dignidade, manifestadas por

ações nas áreas de emprego, escolaridade, educação básica e superior, assistência à saúde, previdência social. O Atlas de Exclusão Social, do qual retiramos os dados contidos na tabela abaixo, muito resumida, mostra a exaustão estas diferenças e as informações necessárias sobre as regiões, cidades e municípios brasileiros. Tais parâmetros devem ser do conhecimento daqueles que pretendem instituir uma melhor assistência à saúde aos brasileiros, motivo pelo qual resolvemos colocar pelo menos uma pequena amostra dos referidos dados.

município	ranking	Pobreza	juventude	alfabet.	escolar.	emprego	violência.	desigualde.
Alegrete	965	0,597	0,732	0,800	0,605	0,131	0,918	0,159
Caxias do Sul	40	0,866	0,786	0,926	0,716	0,335	0,925	0,308
Dom Pedrito	1132	0,519	0,763	0,877	0,559	0,144	0,961	0,125
Frederico Westphalen	590	0,673	0,729	0,889	0,636	0,152	0,947	0,168
Pelotas	306	0,676	0,792	0,901	0,665	0,172	0,961	0,212
Porto Alegre	6	0,829	0,839	0,927	0,911	0,478	0,904	0,618

Fonte: Atlas de Exclusão Social, Ed. Cortez, 2004, 3ª edição, 1º volume.

No 1º de seus 5 volumes, o Atlas afirma que a publicação “ tem por objetivo tornar-se ferramenta de análise e discussão frente ao debate sobre a exclusão social no Brasil, fornecendo elementos e subsídios para a ação governamental”. Desta forma, ao mostrar inclusive com mapas, claramente quais são as regiões mais carentes, está “desenhando com clareza a necessidade de ações prioritárias em diferentes regiões”. A pergunta básica que norteou seus

organizadores foi: “qual o grau de desigualdade social entre diferentes regiões brasileirasw A partir de que idéias surgiu o Atlas e como foram construídos os “índices” :

1. *“o primeiro deles foi chamado de Padrão de Vida Digna, no qual a preocupação foi observar, por meio de três indicadores, as possibilidades de bem-estar material da população dos municípios.*
2. *“para isso, utilizaram-se como indicadores:*
 - a) *a porcentagem de “chefes de família pobres” no município;*
 - b) *a quantidade de trabalhadores com emprego formal sobre a população em idade ativa;*
 - c) *uma praxi do índice de desigualdade de renda, calculado pela razão entre a quantidade de chefes de família que ganham acima de dez salários mínimos sobre o número de chefes de família que ganham abaixo disso*
3. *“Estes indicadores, conjunto, além de permitirem uma aproximação das possibilidades de consumo das famílias nos distintos municípios brasileiros, ainda possibilitam contornar dois problemas que ocorrem na apuração do IDH tradicional: a impossibilidade checar a distribuição de renda dentro da unidade escolhida (no caso o município) e a situação do mercado de trabalho”.*
4. *“O segundo tema ... (a quantificação da participação da população no legado técnico-cultural da sociedade) ... apurou-se o tema *Conhecimento* por meio de indicadores “anos de estudo do chefe de família” e “alfabetização da população acima de cinco anos de idade”.*
5. *“O terceiro e último tema ... diz respeito ao risco da população mais jovem envolver-se em ações criminosas. Foi criado do tema *Risco Juvenil* que, por meio de indicadores “participação de*

jovens de 0 a 19 anos na população” e da taxa de “homicídios por 100 mil habitantes”, busca captar a realidade caótica e, por vezes, desesperançada em que vivem os jovens mais carentes do país”.

6. A transformação de todos esses indicadores em índices obedece à clássica fórmula utilizada por Amartya Sen quando da criação do IDH (ONU-PNDU, 2002):

$$X_{i,p} = \frac{X - \text{MIN}(X)}{\text{MAX}(X) - \text{MIN}(X)}$$

Onde

p: identifica qual indicador de bem-estar social está em estudo;

i: índice que identifica o município;

X: valor do indicador escolhido do indicador X;

MIN (X): valor mínimo escolhido do indicador X;

MAX (X): valor máximo escolhido do indicador X.

Os autores do Atlas usaram uma tabela, a partir da qual, manipulando os índices construídos e ponderando-os de acordo com esta tabela, obtém o Índice de Exclusão Social.

Tabela

Temas analisados pelo índice de Exclusão Social, os índices construídos e suas ponderações.

Aspectos	Índices criados	Peso
Um padrão de vida digno	medido pela pobreza dos chefes de família no município	17%
formal	medido pela taxa de emprego sobre a PIA	17%
desigualdade de renda	medido por uma <i>praxi</i> da	17%
Conhecimento alfabetização de pessoas de 5 anos	medido pela taxa de alfabetização de pessoas de 5 anos	5,7%
de anos de estudo do chefe de família	medido pelo número médio de anos de estudo do chefe de família	11,3%
Risco juvenil	medido pela porcentagem de jovens na população	17%
habitantes	medido pelo número de homicídios por 100 mil habitantes	15%

Como foi composto do índice

Componente				padrão de vida digno
conhecimento		risco juvenil		
Indicador	pobreza	emprego formal	desigualdade	anos de
alfabetização	conc.de	violência		estudo
jovens				
Índice do	índice de	índice de	índice de de-	índice de
índice de	índice de	ind. de		
Indicador	pobreza	emprego	sigualdade	anos de
alfabetização	conc. jov.	viol.		estudo
Índice do	índice de	padrão de vida digna		índice
de conhecimento	índice de	de risco		
Componente				
juvenil				

ÍNDICE DE EXCLUSÃO
SOCIAL

“Tal processo permitiu a apuração do Índice de Exclusão Social para cada um dos 5.507 municípios brasileiros em 2000..

Por fim, para interpretar o resultado de cada município brasileiro basta ter em mente duas coisas:

- a) o índice varia de 0 a 1.
- b) as piores condições de vida equivalem a valores próximos a zero, enquanto as melhores situações sociais estão próximas de 1.
- c) um município pode apresentar uma boa situação social na média. No entanto, este mesmo município apresenta desigualdades levando em conta o estudo dos bairros”.

O índice de exclusão social é mais completo que o IDH e permite distinguir com clareza a situação de cada município brasileiro e, portanto, as prioridades de cada um.

Assim, por exemplo, sem adequadas condições de saneamento básico, certas populações de bairros pobres das grandes cidades nunca poderão alcançar padrões de vida digna. A solução de problemas básicos são fundamentais para a saúde física e mental.

José Serra, Governador de São Paulo, resume satisfatoriamente esta questão em seu artigo “Em nome da vida” (ZH, 01.05.08) ao afirmar que “é conhecida a matemática do saneamento: a cada real aplicado, outros quatro são poupados em saúde pública. Água potável e tratamento de esgoto reduzem a mortalidade infantil, as doenças de origem hídrica e a internação hospitalar. Economia em várias frentes. Vidas são poupadas. O investimento de hoje rende dividendos amanhã”. ... “Para o Estado (de São Paulo) chegar a 100% de abastecimento de água e 82% de coleta e tratamento de esgoto, nos próximos 10 anos, serão necessários R\$ 20 bilhões a R\$ 25 bilhões”.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Referenciais teóricos. Autores. Livros. Leituras sobre o tema.

Atlas de Exclusão Social no Brasil, 5 volumes, Editora Cortez, 3 edição, 2004.

Ávila, H., Teoria dos Princípios, 8ª edição, Malheiros Editores, 2008.

Kelsen, H., A Democracia, Ed. Martins Fontes, 2ª edição, 2000.

Vernant, J. P., As Origens do Pensamento Grego, Ed. Difel, 14ª edição, 2004.

Durkheim, E., Ética e Sociologia Moral, Ed. Landy, 2006.

Cantera, L. M., Casais e Violência, Ed. Dom Quixote, 2007.

Fonseca, C., e Outros, Antropologia, Diversidade e Direitos Humanos, Ed. Vozes, 2004.

Comparato, F. K., Ética (Direito, Moral e Religião no Mundo Moderno), Ed. Companhia das Letras, 2006.

Bobbio, N., Liberalismo e Democracia, Ed. Brasiliense, 5ª reimpressão, 2005.

Vargas, H. S., Manual de Psiquiatria Forense, Ed. Livraria Freitas Bastos S. A. 1990.

Goffman, E., Manicômios, Prisões e Conventos, Ed. Perspectiva, 2003.

SUS, Coletânea de Legislação do Sistema Único de Saúde-SUS, Ed. Nova Prova.

Código Civil Brasileiro (Atualizado), Ed. Estúdio Mercado Editorial, 2007.

Morus, T., A Utopia, 20ª edição, Ed. Ediouro.

Schaff, A. A Sociedade Informática, Ed. Brasiliense, 5ª reimpressão, 1996.

Bauman, Z., Modernidade Líquida, Ed. Jorge Zahar Editor, 2001.

- Herz, D., A História Secreta da Rede Globo, 1987.
- Freire, P., Educação como prática da liberdade, Ed. Paz e Terra, 12ª edição, 1981.
- Desviat, M., A Reforma Psiquiátrica, Ed. Fiocruz, 2002.
- Shore, R., Repensando o Cérebro, Ed. Mercado Aberto, 2000.
- Dalgalarrondo, Civilização e Loucura, Ed. Lemos.
- Almeida, F.B., Teoria Geral dos Direitos Humanos, Ed. Sergio Antonio Fabris, 1996.
- Allport, G. W., Desenvolvimento da Personalidade, Ed. Herder, 1970.
- Koyré, A., Estudo de História do Pensamento Científico, 2ª edição, Ed. Forense Universitária, 1991.
- Koyré, A., Estudo de História do Pensamento Filosófico, 2ª edição, Ed. Forense Universitária, 1991.
- Foucault, M., Vigiar e Punir, 29ª edição, Editora Vozes, 2004.
- Comparato, F. K., A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos, IV edição, Editora Saraiva, 2005.
- Helman, C. G., Cultura, Saúde e Doença, 2ª edição, Ed. Artes Médicas, 1994.
- Alexy, R., La Institucionalización de la Justicia, Ed. Comares, 2005.
- Luño, A.E.P., Dimensiones de la Igualdad, Ed. Dykinson, 2005.
- Alexy, R., Tres Escritos sobre los Derechos Fundamentales y la Teoría de los Principios, Ed. Universidad de Colômbia.
- Galtung, J., Direitos Humanos (Uma Nova Perspectiva), Ed. Instituto Piaget.
- Machado, D., Uma Definição Biológica do Crime, 3ª edição, Ed. Bels, 1933.
- Vigo, R. L., La Injusticia Extrema no es Derecho (de Radbruch a Alexy), Ed. Fac. de Derecho UBA-La Ley, 2006.
- Häberle, P., Libertad, Igualdad, Fraternidad, Ed. Trotta, 1998.
- Esteves, M.A.A., A Constitucionalização do Direito de Resistência, Ed. Livraria Petrony, Lisboa, 1989.
- Alexy, R., Teoría Del Discurso y Derechos Humanos, Ed. Universidad de Colombia, 2001.

Alexy, R., Teoría del Discurso y Derechos Constitucionales, Ed. Distribuciones Fontamara, México, 2005.

Fromm, E., Humanismo Socialista, Ed. Paydos, 1989.

Sanvito, W. L., O Cérebro e Suas Vertentes, Ed. Panamed, 1982.

Foucault, M., Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão, Ed. Graal, 1977.

Laing, R. D., A Política da Experiência e Ave-do-Paraíso, Ed. Vozes, 1974.

Foucault, M., História da Loucura, Ed. Perspectiva, 1972.

Foucault, M., Microfísica do Poder, 20ª edição, Ed. Graal, 2004.

Foucault, M., Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise, Ed. Forense Universitária, 2ª ed., 2002.

Foucault, M., El Poder Psiquiátrico, Ed. Seuil-Gallimard, 2003.

Crespo, C. A., Cardoso, R. G., Psiquiatria Forense, 80 anos de prática institucional, Ed. Sulina, 2005.

Taborda, J. G., Chalub, M., Abadala Filho, E., Psiquiatria Forense, Liv Artmed, 2004.

Meninger, K., O Pecado de Nossa Época, Ed. José Olympio, 1973.

Esclarecimento: o autor deste Trabalho de Conclusão, tomou conhecimento das obras referidas durante o Curso de Direitos Humanos e grande parte delas antes do Curso. Estas obras serviram de base à compreensão atual que possui sobre os sistemas de saúde, as variáveis que os envolvem, sua complexidade individual e social, e, com base no conjunto de leituras (e de muitas outras), a tentativa de pensar em soluções adequadas e efetivas para o atendimento dos cidadãos.