

A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES

Marcelo Augusto Pestana Martins¹

Luis Alberto Teixeira²

RESUMO

Durante o período imperial na segunda metade do século XIX, se dá origem a assistência psiquiátrica pública, exercida de forma leiga por asilos de propriedade da Igreja Católica. Atualmente a Constituição Federal Brasileira e a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, elaborada pelo deputado federal mineiro Paulo Delgado a Lei é conhecida popularmente como a Lei Paulo Delgado ou por Lei da Reforma Psiquiátrica, é o marco dessa revolução almejando os direitos e garantias constitucionais inerentes aos pacientes portadores de mazelas psiquiátricas, positivando o direito desses indivíduos portadores de transtornos mentais. A Lei 10.216/2001, artigo 6º, constitui em 3 (três) modalidades a internação psiquiátrica, a saber: voluntária (com consentimento do paciente), involuntária (a pedido de terceiro) e compulsória (por determinação judicial), sendo sempre necessário laudo médico circunstanciado que justifique a internação. A Internação Compulsória deve obedecer a rígidos critérios normativos. Não se trata apenas de ato médico e sim de uma suspensão temporária de direitos fundamentais do paciente. Frente a isso deve ser demonstrada a incapacidade e os riscos em que o paciente pode causar a si e a terceiros. O objetivo deste artigo é analisar a internação psiquiátrica compulsória no Brasil e suas aplicações. A metodologia utilizada foi à revisão bibliográfica em sites, artigos e livros de caráter acadêmico.

Palavras-chave: Internação Compulsória, Lei 10.216/2001, Hospitais Psiquiátricos, Paciente, estruturas.

INTRODUÇÃO

A psiquiatria no país evoluiu significativamente ao longo dos anos, suas estruturas antes sendo prisões ou asilos de caridade completamente despreparados, apenas lugares de exclusão as pessoas com transtornos da sociedade, revelando a face social e política como forma de controle social. Hoje, em contraponto, busca-se um local de tratamento onde as pessoas acometidas por transtornos mentais possam encontrar locais humanizados e acalantar seus familiares que de forma colateral também são acometidos pela mazela, assim controlando os sintomas e trazendo um retorno digno à convivência em sociedade.

¹ Graduando em Direito pela Libertas – Faculdades Integradas – E-mail: marceloapmartins@gmail.com

² Professor Orientador, Docente na Libertas – Faculdades Integradas – E-mail: luisteixeira@libertas.edu.br

Além da saúde mental, a problemática causada pelo uso de drogas que é uma questão de saúde pública, a desigualdade social e a pobreza têm acarretado num aumento significativo de pacientes adictos, parcela destes para financiar seu vício, adentram no mundo do crime, muitos são presos e, dentro da prisão se organizam e produzem uma espécie de delinquência organizada, como já declarava Michel Foucault, em sua obra *Vigiar e Punir: História da Violência nas Prisões* (1975), a saber:

“Se tal é a situação, a prisão, ao aparentemente “fracassar”, não erra seu objetivo; ao contrário, ela o atinge na medida em que suscita no meio das outras uma forma particular de ilegalidade, que ela permite separar, pôr em plena luz e organizar como um meio relativamente fechado mas penetrável. Ela contribui para estabelecer uma ilegalidade, visível, marcada, irreduzível a um certo nível e secretamente útil — rebelde e dócil ao mesmo tempo; ela desenha, isola e sublinha uma forma de ilegalidade que parece resumir simbolicamente todas as outras, mas que permite deixar na sombra as que se quer ou se deve tolerar. [...]” (p. 304)

Dentro dessas prisões alguns infratores são diagnosticados como portadores de mazelas psiquiátricas e encaminhados a centros hospitalares psiquiátricos de referência. Contudo, os hospitais psiquiátricos não possuem equipe devidamente capacitada nem espaço físico para acolher esses pacientes oriundos de instituições prisionais, com potencial de liberação de agressividade, colocando em risco outros pacientes e profissionais de saúde.

Nos casos de internações compulsórias não deve ser diferente, quando os operadores de direitos e profissionais da área da saúde se conectam a pessoa acometidas por mazelas mentais e este é encaminhado a um tratamento psiquiátrico, visto que seus transtornos muitas vezes associadas ao uso de etílicos e drogas ilícitas e, em alguns casos o levaram a cometer crimes para financiar seus vícios, assim o paciente/infrator deve receber tal tratamento com dignidade e humanidade, tendo acesso ao melhor tratamento de saúde, pois como sendo um real direito de todos, conforme expresso no artigo 196, de nossa Carta Magna, porém em Instituição adequada.

A Instituição com porte adequado para segurança da coletividade hospitalar, tanto quanto para o tratamento do paciente/infrator, é o hospital de custódia considerado uma instituição de transição, para cumprimento de medida de segurança e não faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), são administrados pela Secretaria de Administração Penitenciária (Cesp).

1. PRINCÍPIO HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA NO BRASIL E A REFORMA PSQUIÁTRICA

A vinda da família real para o Brasil iniciou a instituição da psiquiatria no país, que veio através das teorias higienistas de uma limpeza social no que se referia a qualquer indivíduo considerado pela sociedade como desajustado, assim como a urbanização acelerada que exigia novos padrões de controle social onde não havia espaço para os chamados alienados. Sendo assim, pela falta de locais apropriados para o tratamento, eram enviados para prisões como criminosos.

Ainda durante o período imperial, na segunda metade do século XIX, se dá origem a assistência psiquiátrica pública, exercida de forma leiga por asilos de

propriedade da Igreja Católica, sem a mínima estrutura, sendo comuns agressões e trabalho forçado. No século XIX, praticamente como hoje, via-se no “louco” uma ameaça à segurança pública, sendo recolhido para os asilos com autorização e legislação do Estado que pretendia proteger a sociedade. Com a pressão desta para a construção de um lugar próprio para o recolhimento dos desajustados criou-se em 1852 o Hospício Pedro II, seu modelo se espalhou pelo país como local legitimado socialmente para a loucura(SILVA FILHO, 1990.)

No começo da década de 1900, foi inaugurado o Hospital Colônia em Barbacena, Minas Gerais. Instalado em região de clima montanhoso, era voltado ao tratamento de pacientes com tuberculose, porém os médicos psiquiatras da época consideravam esse clima o melhor para tratamento de doenças mentais. Ficou conhecido nacionalmente na década de 1980, pelo tratamento desumano e pela forma em que eram encaminhados seus pacientes, dentro de vagões de carga, os chamados “trem de doido” onde indivíduos socialmente indesejáveis como: alcoólatras, opositores políticos, homossexuais, mendigos, prostitutas, mães solteiras entre outros eram encaminhados. Este episódio ficou conhecido como o “Holocausto brasileiro”.

Após décadas de descaso frente aos pacientes psiquiátricos, começou a ecoar no Brasil, vozes do movimento antimanicomial, alicerçadas nos novos preceitos trazidos pelo médico psiquiatra italiano Dr. Franco Basaglia. Ele ensinava que apenas a humanização no tratamento não traria melhoras ao paciente, e que o modelo até então proposto não tinha eficácia. Em 1973 teve seu Serviço Hospitalar de Trieste reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS – ONU) como sendo o modelo ideal a ser seguido pelo resto do mundo.

Esses ecos ganharam força ao chegarem no Brasil, ganhando contorno e voz e se transformaram em um Movimento Antimanicomial, como explica Aluísio Ferreira de Lima (2010, pág. 169):

“O primeiro momento da reforma psiquiátrica brasileira, que toma como marco inaugural a fundação, em 1978, do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), foi o instante de questionamento da política de saúde mental desenvolvida no Brasil, que - embora desde 1961 preconizasse os serviços de tratamento em saúde mental situados nos territórios - continuava financiando massivamente os asilos privados desde 1946, instituições que, por sua vez, sofriam várias críticas por serem espaços de segregação pessoal e aniquilação subjetiva [...] Assume-se, com o questionamento da política de saúde mental desse período, o desafio à superação dessas instituições que eram hegemônicas no país. As discussões estavam voltadas para a garantia de direitos dos pacientes, o aperfeiçoamento e universalização dos instrumentos utilizados até então, ou seja, o direito à saúde como questão político-social [...]”.

Antes onde Leis esparsas tutelavam o direito dessas pessoas, houve enfim o advento da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, os pacientes psiquiátricos puderam vislumbrar o nascimento de uma legislação específica com o intuito de proteção de direitos constitucionalmente garantidos.

Objetivando preencher as lacunas da lei foi editada a Portaria Ministerial nº2.391, de 26 de dezembro de 2002, que regulamenta os critérios para a internação voluntária e involuntária, porém a portaria supracitada não debateu os critérios necessários para a internação compulsória. A Lei 10.216/2001 também não se aprofunda neste assunto, sendo apenas expressa em seu artigo 6º, parágrafo único, inc. III, que a internação compulsória é aquela determinada pelo juiz.

Esse silêncio legal, na operacionalização judicial da internação compulsória, está sendo utilizado por operadores de direito para tirar seus clientes cerceados de liberdade das instituições de segurança: cadeias e penitenciárias. Alicerçados em laudos médicos, apresentados ao juízo competente para análise do caso, solicitando a transferência para hospitais psiquiátricos, que são 159 hospitais espalhados pelo país, os quais não tem capacidade instalada para receber pacientes/infratores de média a alta periculosidade, colocando assim em risco a coletividade hospitalar (pacientes e profissionais de saúde), a contra-sensos da legislação que aduz a transferência para HCTP, local de tratamento ao paciente/infrator.

2. O DEVIDO PROCESSO LEGAL

O princípio do devido processo legal está inserido no artigo 5º, inciso LIV, o qual prevê que “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”.

Rui Portanova afirma que:

“o devido processo legal é uma garantia do cidadão. Garantia constitucionalmente prevista que assegura tanto o exercício do direito de acesso ao Poder Judiciário como o desenvolvimento processual de acordo com normas previamente estabelecidas. Assim, pelo princípio do devido processo legal, a Constituição garante a todos os cidadãos que a solução de seus conflitos obedecerá aos mecanismos jurídicos de acesso e desenvolvimento do processo, conforme previamente estabelecido em leis”.

Vemos que o paciente psiquiátrico tem o direito constitucional de um devido processo legal e, que a internação compulsória, determinada pelo juiz, deverá obedecer aos padrões normativos uma vez que se trata de clara restrição ao direito fundamental à liberdade.

Por obvio que a internação compulsória tem o aval do Ministério Público, assim como em sua alta, o MP poderá fiscalizar o andamento processual, a fim de impedir excessos violadores dos direitos fundamentais dos pacientes.

Sobre a atuação do Ministério Público no âmbito da saúde, registram Maria Célia Delduque e Mariana Siqueira de Carvalho Oliveira (2006, p. 14):

“no âmbito da saúde, um notável movimento vem se afigurando, tendo o Ministério Público como seu principal protagonista. Corajosos membros do MP, comprometidos com a saúde, começam a romper com alguns paradigmas existentes na instituição e criam agentes de contatos rotineiros com os atores e usuários do Sistema Único de Saúde. Descerram as portas da promotoria e se estabelecessem como verdadeiros articuladores políticos, promovendo uma real participação da sociedade na busca de alternativas de atenção à saúde,

identificam demandas, acompanham e controlam o uso de recursos públicos e responsabilizam o estado por sua má atuação ou inação em relação à saúde”.

O Supremo Tribunal Federal reconhece expressamente que:

“as violações a direitos fundamentais não ocorrem somente no âmbito das relações entre o cidadão e o Estado, mas igualmente nas relações travadas entre pessoas físicas e jurídicas de direito privado. Assim, os direitos fundamentais assegurados pela Constituição vinculam diretamente não apenas os poderes públicos, estando direcionados também à proteção dos particulares em face dos poderes privados”.

Nessa esteira, Fernando Capez em sua doutrina afirma:

“[...] prevalece o entendimento de que pode ser impetrado habeas corpus contra ato de particular, pois a Constituição fala não só em coação por abuso de poder, mas também por ilegalidade. ‘Por exemplo: filho que interna pais em clínicas psiquiátricas, para deles se ver livres’.

O Superior Tribunal de Justiça, também admite impetração de *HABEAS CORPUS* contra internação psiquiátrica involuntária irregular, conforme demonstra a ementa do HC nº35.301-RJ (2004/0063013-3):

"Ementa

Habeas Corpus. Internação involuntária em clínica psiquiátrica. Ato de particular. Ausência de provas e/ ou indícios de perturbação mental. Constrangimento ilegal delineado. Binômio poder-dever familiar. Dever de cuidado e proteção. Limites. Extinção do poder familiar. Filha maior e civilmente capaz. Direitos de personalidade afetados.

- É incabível a internação forçada de pessoa maior e capaz sem que haja justificativa proporcional e razoável para a constrição da paciente.

- Ainda que se reconheça o legítimo dever de cuidado e proteção dos pais em relação aos filhos, a internação compulsória de filha maior e capaz, em clínica para tratamento psiquiátrico, sem que haja efetivamente diagnóstico nesse sentido, configura constrangimento ilegal.

Ordem concedida”.

Em síntese, a cláusula constitucional de devido processo legal frente a internação compulsória, alvo de nosso estudo, possui eficácia imediata frente ao poder público e em face dos particulares, onde ambos terão que observar o procedimento próprio para internações compulsórias, sob pena de tornar os procedimentos inconstitucionais e nulos, justificando medidas materiais e processuais adequadas, como o habeas corpus.

3.1.LEI 10.216 – REFORMA PSIQUIÁTRICA *VERSUS* INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

A Lei 10.216 foi um projeto de Paulo Delgado em 2001, como deputado federal pelo estado de Minas Gerais, buscando o respeito dos direitos das pessoas com transtornos mentais. A lei foi sancionada pelo então presidente da república Fernando

Henrique Cardoso. No que normatiza os direitos dos usuários do sistema de saúde mental e dos seus familiares, a lei representa um grande avanço jurídico com foco na saúde mental.

Segundo BERLINCK, M. T et al (1977, pág16). A Reforma Psiquiátrica Brasileira se trata de uma legislação em saúde mental, pelo ponto de vista das políticas públicas, originando-se em 1990 com a Declaração de Caracas, aprovada por unanimidade pela Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro do Sistemas Locais de Saúde. O Brasil aderindo a essa Declaração gerou um longo e conturbado movimento de trabalhadores de saúde mental que resultou na Lei 9.867/1999, tal lei numa evidente analogia à experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana, permite desenvolver programas sociais para os pacientes psiquiátricos em serviços comunitários munidos de acompanhamento, viabilizando assim, inserir no dia a dia dos pacientes os programas de trabalho assistido. Enfim em 2001, a lei 10.216 redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, vem buscando garantir a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Segundo Amarante em Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil:

“Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização”. (2013, pág.63)

Com todos os avanços providos pela Lei da Reforma Psiquiátrica há, no entanto, uma lacuna, a internação compulsória, que deveria ser o último recurso para a internação do paciente, onde os tratamentos pretéritos não tenham surtido resultado, portanto, a internação compulsória só é indicada para situações muito graves, ou apresente comportamentos de risco à saúde do paciente e/ou segurança de terceiros.

Com as novas diretrizes do Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário, inicia-se uma nova etapa na Reforma Psiquiátrica com a inclusão dos fundamentos teórico-práticos dos HCTP na pauta das discussões. As repercussões dessas aprovações legislativas são inúmeras e decorrem da integração dos HCTP às diretrizes gerais da Reforma Psiquiátrica que redireciona a assistência da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. (Santos & Farias, 2014, p. 522)

Atualmente, conforme determina o Código Penal (art. 26), a medida de segurança aplica-se, em regra, aos inimputáveis que, em razão de doença mental, eram ao tempo do crime incapazes de entender e de se manifestar de acordo com seu entendimento; ou às pessoas que, em razão de um retardo mental ou desenvolvimento mental incompleto não eram ao tempo do crime inteiramente capazes de entender o caráter ilícito do seu ato ou de se manifestarem de acordo com esse entendimento.

Contudo, ainda há um entendimento dúbio frente a internação compulsória onde muitos magistrados com fulcro no artigo 96 do Código Penal, determinam que pacientes/infratores, cumpram sua pena em Hospitais Psiquiátricos, sem levar em

consideração a falta de capacidade técnica instalada para a abordagem e tratamento desses pacientes. O correto seria que estes fossem encaminhados aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), locais que possuem os requisitos e profissionais capacitados para o acolhimento desses pacientes.

3.2.A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E A MEDIDA DE SEGURANÇA (ARTIGO 96), DO CÓDIGO PENAL

Neste segundo momento, iremos apontar o quão prejudicial aos demais pacientes a interpretação equivocada da Lei 10.216/2001, a qual estabelece três modalidades de internação psiquiátrica, conforme aduz o artigo 6º da referida Lei, a saber:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Como observamos a internação compulsória é aquela determinada pelo juiz competente, mas ela não faz menção ao paciente/infrator, que deverá cumprir a medida de segurança, contudo, os operadores do direito entram nesta lacuna legal, haja vista, que não há meio proibitivo de solicitar a alteração da pena privativa de liberdade e medidas de segurança para tratamento ao nível hospitalar.

Nesta brecha, pacientes de alta periculosidade acabam se beneficiando por estarem em um local de pouca segurança em alusão aos HCTP. Esses pacientes/infratores muitas vezes agem como se estivessem em ambientes prisionais, agrupando-se e instituindo regras próprias, manipulando e colocando em risco os demais pacientes.

Objetivado diferenciar os dois estatutos a medida de segurança está positivada no Código Penal, nos arts. 96 a 99, a saber:

“Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

Imposição da medida de segurança para inimputável

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Prazo

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

Perícia médica

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

Desinternação ou liberação condicional

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.

Direitos do internado

Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”.

A aplicação da medida de segurança tem o escopo de tratar o paciente/infrator acometido pela mazela mental e que não pode ser considerado responsável pelo seu ato, ou seja, inimputável, desse modo o paciente/infrator não deve ser punido e sim tratado.

GRECO (2017, pág. 773), destaca que a doutrina e a jurisprudência vêm entendendo sobre a necessidade de abolir a diferenciação entre os efeitos da decisão acerca de crime punido com reclusão e detenção, contida no art. 97 do Código Penal. Para o autor,

“independente desta disposição legal, o julgador tem a faculdade de optar pelo tratamento que melhor se adapte ao inimputável, não importando se o fato definido como crime é punido com pena de reclusão ou de detenção”.

Por óbvio que o aumento do número de usuários de drogas, que desenvolvem transtornos mentais e que recusam o tratamento nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), não possuindo capacidade financeira de arcar com a manutenção de seu vício por consequência ficam mendigando ou aderem a práticas criminosas. Esses reflexos são vistos no aumento de solicitações de internação compulsória como forma de tratamento ao seu vício, sendo uma solução quase instantânea para a solução do problema social.

Segundo a Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito de todos, conforme é apregoado no Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário”.

Sendo assim, não se nega em momento algum o direito ao tratamento psiquiátrico e psicológico aos pacientes que cometem delitos em virtude da incapacidade de autodomínio psicológico e físico. Entretanto, para que esse tratamento

seja feito de forma eficaz, controlada e sem lesar terceiros, há a necessidade de investir em organizações próprias para esses pacientes, instituições que tenham profissionais capacitados, e segurança necessária, estruturas realmente pensadas para esse fim.

Os hospitais psiquiátricos não têm essa estrutura necessária e acabam tornando-se refém do próprio sistema judicial, que encaminhando os pacientes/infratores, sem melhor análise do caso, colocam em risco os demais pacientes e colaboradores. A falta de preparo e segurança prejudica tanto o desenvolvimento do tratamento do paciente/infrator, quanto do restante dos internos sejam voluntários, involuntários ou até mesmo o compulsório.

Nesta esteira a Resolução n. 04/2010, em seu art. 2º, o CNPCP dispõe, por exemplo, que:

“[...] a abordagem à pessoa com doença mental na condição de autor do fato, réu ou sentenciado em processo criminal, deve ser objeto de atendimento por programa específico de atenção destinado a acompanhar o paciente judiciário nas diversas fases processuais, mediando as relações entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo, visando à promoção da individualização da aplicação das penas e medidas de segurança e no encaminhamento das questões de execução penal dos pacientes judiciários”. (CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, 2010)

4. ANÁLISE CRÍTICA

Tendo em vista que a saúde é dever do Estado e direito do cidadão – tratando-se ainda dos pacientes compulsórios - a pessoa portadora de mazelas mentais, não pode ser condenada a uma vida de exclusão, cerceada de seus direitos constitucionais. Teremos de fazer uma análise criteriosa frente aos pacientes/infratores ainda institucionalizados, analisando a cessação de periculosidade e incentivando e articulando através dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na falta desses através das Secretarias Municipais de Saúde, construir pontes para o retorno desses pacientes para sua residência.

Há excelentes programas governamentais subutilizados para incentivar a ressocialização desses pacientes é o caso do programa Consultório de Rua, positivado pela Portaria n° 122, de 25 de janeiro de 2011, onde o morador de rua tem atendimento médico e multidisciplinar no local onde se encontra, sendo desse modo visto pelo poder executivo e tratado de forma eficaz. Também é o caso do Programa de Volta para Casa, normatizado na Lei °10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações de longa permanência (acima de dois anos).

Não havendo possibilidade do retorno, criar Centros de Residência Terapêutica para o cuidado de pacientes que ainda apresentem risco de liberação heteroagressiva contra si e a terceiros, onde deve haver uma maior vigilância, mas com atenção humanizada e com o cerne de ressocializar o paciente.

Manter os HCTP, ampliando leitos caso necessário, transferindo assim os leitos de hospitais psiquiátricos para os HCTP, ampliando sua ação e retirando de presídios e cadeias pacientes/infratores que encontraram institucionalizados promovendo atendimento em local apropriado para o tratamento em regime de internação os internos

inimputáveis e os semi-imputáveis por profissionais preparados para lidar com esse cenário.

5. CONCLUSÃO

Para que possamos falar em redenção aos pacientes psiquiátricos não podemos deixar que ocorra a criação de novos depósitos de pessoas, que por meio de decisões judiciais, podem ficar *ad aeternum* em Hospitais Psiquiátricos e/ou HCTP, como aconteceu em passado recente no Brasil, onde os indesejáveis sociais eram encaminhados, “limpando” nossas cidades. A Lei 13.840, de 05 de junho de 2019 alterou a legislação sobre Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, impondo um período máximo de 90 (noventa) dias para a desintoxicação de paciente drogadito.

Temos também que incentivar programas e cooperativas de trabalho para que os pacientes/infratores sejam autossuficientes e voltem ao mercado de trabalho, ressignificando sua vida e os extraindo do círculo vicioso que é o uso do entorpecente e a ociosidade. Podem surgir parcerias com os CAPS e as Instituições do Sistema S (SEBRAE, SENAI, SESI, SEST, etc), ofertando oficinas profissionalizantes para esses pacientes.

Contudo, temos que adequar o protagonismo judicial, melhorando as regras para a internação compulsória, haja vista que ela suspende direitos e garantias constitucionais dos indivíduos que necessitam de tratamento evitando que esses ponham em risco sua segurança e de terceiros.

Não podemos fechar os olhos também para o que ocorre nos nosocômios psiquiátricos, que recebem pacientes/infratores oriundos de instituições prisionais através da determinação judicial, onde colocam em risco a coletividade hospitalar (pacientes e profissionais da saúde), pois agem nos hospitais com se estivessem em penitenciárias, propondo regras paralelas as das instituições hospitalares.

Em muitos casos, os pacientes/infratores, através de procedimentos legais, substituem a suas sentenças de medida de segurança por tratamento ao nível hospitalar, ao invés de cumprir sua sentença em presídios, pois através de seus patronos, alegam a dependência de drogas e solicitam sua transferência para hospitais psiquiátricos, que em muitos casos não trazem ganho terapêutico aos outros pacientes ali acolhidos.

Devemos nos debruçar sobre a legislação psiquiátrica e fortalecer a luta antimanicomial, construindo pontes e aprimorando ferramentas para socialização dos pacientes psiquiátricos, não deixando perecer os direitos e garantias constitucionais inerentes a todo cidadão, em atenção a estes pacientes que necessitam de acolhimento e não de exclusão.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 1995 Rio de Janeiro, SDE/ENSP.

ANDRADE, José Carlos Vieira de. **O internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspectiva dos direitos fundamentais**, in A lei de saúde mental e o internamento compulsivo, Coimbra: Coimbra Editora, 2000. p.78

BARATTA, Alessandro. **Criminologia crítica e crítica ao direito penal Introdução à sociologia do Direito Penal**. Trad. Juarez Cirino dos Santos. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

BARROSO, Luís Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da constituição brasileira**, 7. ed., Rio de Janeiro: Renovar, 2003. P.184 - 185

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. **A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia*, v. 11, n. 1, p. 21-27, 2008.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. Lei Federal nº 10.216. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 23 out. 22

BRASIL, Lei 10.216/2001, **Ministério da Justiça; Associação Brasileira de Psiquiatria; Cartilha Direito à Saúde Mental, do Ministério Público Federal e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; governo do estado de São Paulo**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/manualdecomunicacao/estilos/internacao-involuntaria-compulsoria>. Acesso em 20 out. 2022.

BRASIL. Lei Federal nº10.708. **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em 20 out. 2022

BRASIL. Lei Federal nº 13.840. **Altera o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113840.htm. Acesso em 23 out. 2022

DELDUQUE, Maria Célia & OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho. **O papel do ministério público no campo do direito e saúde**, in *Questões atuais de direito sanitário*, Brasília: Editora MS, 2006, p. 14.

FERREIRA DE LIMA, Aluísio. **Os Movimentos Progressivos-Regressivos Da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial no Brasil: Uma Análise da Saúde Mental na Perspectiva da Psicologia Social Crítica**. *Salud&Sociedad*. 2010;1(3):165-177. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742464002>. Acesso em: 25 nov. 2022

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: História da Violência nas Prisões; tradução de Raquel Ramallete**. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal: parte geral, vol I**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2017, p. 773.

MACHADO, R. et al. (1978). **Danação da norma: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal.

PORTANOVA, Rui. **Princípio do processo civil**, 4 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, p. 145.

SANTOS, A. & Farias, F. (2014). **Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., 17(3), 515-527. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000300515&lng=en&nrm=iso.

SILVA FILHO, J. F. **O sistema de saúde e a assistência psiquiátrica no Brasil**. J Brás Psiquiatr. 1990; 39: 135-46.