

COD. ACERVO: 71525

R 13841766/05 16/06/03 BES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA
CURSO DE MESTRADO EM CLÍNICA MÉDICA

**ESTUDO PSIQUIÁTRICO FORENSE SOBRE 130 PACIENTES
INTERNADOS EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO – CEARÁ**

5
614.1
D 925e

João Dummar Filho

Fortaleza

2004

D925e Dummar Filho, João

Estudo psiquiátrico forense sobre 130 pacientes internados em hospital de custódia e tratamento. Ceará/João Dummar Filho. Fortaleza, 2004.

66f.:il.

Orientador: prof. Dr. Antônio Mourão Cavalcante

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará Faculdade de Medicina.

1. Psiquiatria Legal 2. Psiquiatria 3. Psiquiatria Comunitária
Unidade Hospitalar de psiquiatria. I. Cavalcante, Antônio Mourão
(orientador) II. Título.

CDD 616.8

João Dummar Filho

**ESTUDO PSIQUIÁTRICO FORENSE SOBRE 130 PACIENTES
INTERNADOS EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO – CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica do Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Mestre em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Mourão Cavalcante

Fortaleza

2004

João Dummar Filho

**Estudo Psiquiátrico Forense Sobre 130 Pacientes Internados em
Hospital de Custódia e Tratamento - Ceará**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Medicina.

Elaborada em: 23/06/2004

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Krishnamurti Moraes de Oliveira
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Profa. Dra. Marta Maria das Chagas Medeiros
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Mônica Colares Oliveira Lima
Universidade Federal do Ceará - UFC

À minha esposa Sílvia Raquel de Mesquita Dummar por seu inestimável apoio humano e científico e às nossas filhas Raquel, Priscila, Cláudia e Aline pelo amor recebido.

À minha mãe Maria Lúcia Rocha Dummar pelo estímulo em tentar novos desafios intelectuais.

AGRADECIMENTOS

Professor Dr. Antônio Mourão Cavalcante.

Professora Dra. Maria Helena da Silva Pitombeira.

Professora Dra. Mônica Colares Oliveira Lima.

Professor Dr. Fábio Gomes de Matos.

Professor Dr. Eugênio de Moura Campos.

Dr. Antonio Miranda Chaves Pedrosa.

Dr. Raimundo Alonso Batista de Aquino.

Advogada, Maria Vilmacy de Sousa Bezerra.

Funcionários do Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes:

Cláudia do Socorro de Araújo

Francisco Gonçalves de Azevedo Júnior.

SUMÁRIO

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
LISTA DE GRÁFICOS	iii
LISTA DE TABELAS	iv
LISTA DE SIGLAS	v
1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1. A evolução da psiquiatria	06
1.2. Reforma psiquiátrica: modelos, avanços e retrocessos	10
1.3. Aspectos históricos do manicômio judiciário	17
1.4. Reflexões sobre a psiquiatria forense	20
1.5. Situação atual dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	22
2. OBJETIVOS.....	27
2.1. Objetivo geral	27
2.2. Objetivos específicos	27
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	28

4. RESULTADOS.....	29
4.1. Procedência do pacientes internados no IPGSG	30
4.2. Estado civil dos pacientes	32
4.3. Grau de instrução.....	34
4.4. Profissões dos pacientes internados no IPGSG	36
4.5. Diagnósticos prevalentes entre a clientela.....	39
4.6. Artigos penais	42
4.7. Casos clínicos	45
5. DISCUSSÃO.....	52
5.1. Procedência do pacientes internados no IPGSG	52
5.2. Estado civil dos pacientes	53
5.3. Grau de instrução.....	53
5.4. Situação profissional da clientela	54
5.5. Diagnósticos prevalentes entre a clientela.....	56
5.6. Artigos penais	61
5.7. Casos clínicos	65
6. CONCLUSÃO	68
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil da clientela internada no Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes (IPGSG) no período de 01/01/2003 a 30/08/2003, analisando dados sócio-demográficos, enfermidades e artigos penais dos pacientes. Método: Avaliação retrospectiva dos prontuários médicos e entrevistas com os pacientes internados. Resultados: Os dados sócio-demográficos (n=130) nos revelam uma elevada porcentagem de analfabetos (35,4%) e de indivíduos com 1º grau incompleto (41,5%). Constatamos com referência a qualificação profissional, porcentagens significativas de pacientes sem qualquer profissão (28,5%) e de pacientes com precária qualificação profissional (50,7%). Na segunda etapa da pesquisa (n=81) constatamos que 28,4% dos pacientes eram portadores de Esquizofrenia; 25,9% foram internados em decorrência de Dependências Químicas; 16,0% correspondiam a casos de Psicose Inespecífica; e 12,3% eram pacientes com Transtornos de Personalidade. Com referência aos artigos do Código Penal, constatamos que 46,9% dos pacientes eram incurso no artigo 121 (Homicídio); 18,5% no artigo 129 (Lesão Corporal); 9,8% no artigo 155 (Furto); e 8,6% no artigo 157 (Roubo). No cruzamento dos dados colhidos, observamos que 24 casos de Homicídio e 7 casos de Lesão Corporal foram cometidos contra parentes próximos. Conclusões: 1) Na avaliação estatística dos dados sócio-demográficos, constatamos elevadas porcentagens de pacientes analfabetos; com 1º grau incompleto; sem nenhuma profissão ou com precária qualificação profissional. Estes dados acrescidos dos estigmas provocados pela doença e pela criminalidade indicam que estes pacientes terão escassas possibilidades de reinserção no mercado de trabalho e dificuldades de reintegração sócio-familiar. 2) Na avaliação dos diagnósticos constatou-se uma elevada incidência de homicídios e/ou lesões corporais cometidos contra parentes próximos, provocando um severo impacto sobre o núcleo familiar destes pacientes. Nestes casos específicos vem a ocorrer quase sempre, rejeição familiar contra o enfermo, o que contribui para aumentar o índice, já elevado, de pacientes crônicos e institucionalizados no Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes. 3) No estudo de casos clínicos, observou-se que a eclosão do surto psicótico gera quase sempre perplexidade e dúvidas na família sobre as medidas a serem tomadas. Este fato acrescido das deficiências encontradas no atendimento psiquiátrico público podem acarretar danos para os pacientes e seus familiares. Em 3 dos 4 casos clínicos estudados, constatou-se a associação de psicoses agudas com uso abusivo de drogas e álcool que precederam o comportamento violento do paciente. Recomenda-se, por isto, em casos com as características relatadas, uma anamnese psiquiátrica criteriosa e procedimentos médicos imediatos, dando-se uma atenção especial para aqueles casos de pacientes psicóticos com antecedentes de comportamento agressivo, tratamento descontinuado e uso concomitante de álcool e drogas ilícitas. Desta forma, poderemos realizar uma efetiva Prevenção Secundária, evitando-se os desdobramentos criminais, tais como os ocorridos entre os pacientes que cumprem Medida de Segurança no IPGSG.

Palavras-chave: Psiquiatria Legal; Psiquiatria Comunitária; Unidade Hospitalar de Psiquiatria.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the profile of the clients at the Governor Stenio Gomes Psychiatry Institute from 01/01/2003 to 08/30/2003 Method: Retrospective evaluation of medical prontuário and interviews with the hospitalized patients. Results: The social-demographic data (n=130) show us a high percentage of the illiterate (35.4%) and individuals who haven't completed the basic schooling (41.5%). Regarding to professional qualification, we notice significant percentage of patients with no profession (28.5%) and patients with weak professional qualification (50.7%). In the second phase of the research (n=81), we notice that 28.4% of the patients had schizophrinia; 25.9 were hospitalized due to chemical dependence; 16.0 had unspecified psychoses; and 12.3% were patients with personality disorders. In light of the articles from the Criminal Code, we notice that 46.9% of the patients were charged with Homicides (art. 121) ; 18.5% charged with body injury(art. 129) ; 9.8% charged with pick-pocketing (art.155) and 8.6% charged with robbery. By analyzing the data collected, we have come to see that 24 cases of homicides and 7 cases of body injuries were committed against close relatives. Conclusions: 1) Through the statistical evaluation of the social-demographic data, we have noticed high percentage of illiterate patients who haven't finished up the basic schooling with no profession or with weak professional qualification. 2) these data in addition to the conceptions provoked by the disease e by the criminality indicate that these patients will have few chances of joining back the work market and difficulties of socio-family adjustments. In the evaluation of the analyses, we have come to see an elevate incidence of homicide and/or body injuries committed against close relatives, provoking a severe impact under the nucleus of these patients' families. In these specific cases, family rejection against the sick person is very likely to happen, which contributes to increase the number, which is already high, of the chronic patients hospitalized in the Governor Stenio Gomes Psychiatry Institute. 3) In the study of the clinical cases, we have seen that the launch of the psychotic crisis causes perplexity and doubts in the family about the procedures to be taken. This factor alongside with of the deficiencies found in the public psychiatric medical service may bring about damages to the patients and theis family members. In three out of four clinical cases studied, it was found that the association of severe psychoses with the abusive use of drugs and alcohols which preceded the violent behavior of the patient. It is recommended that in cases like that, that a detailed psychiatric Anamnese and immediate medical procedures, giving special attention to those psychotic patient cases with precedents of violent behavior, a not continued treatment and use of alcohol and illegal drugs. Thus, we can make and effective secondary prevention, avoiding criminal consequences such as those that happened among the patients that are doing time at IPGSG.

Keyword: Forensic Psychiatry; Community Psychiatry; Psychiatry Department Hospital.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Procedência dos pacientes internados no IPGSG.....	31
Gráfico 2: Estado civil dos pacientes de sexo masculino internados no IPGSG	33
Gráfico 3: Grau de instrução dos pacientes internados no IPGSG	35
Gráfico 4: Profissão dos pacientes internados no IPGSG.....	38
Gráfico 5: Diagnósticos de acordo com a CID-10	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Procedência dos pacientes internados no IPGSG	31
Tabela 2: Estado civil dos pacientes de sexo masculino internados no IPGSG.....	33
Tabela 3: Grau de instrução dos pacientes internados no IPGSG.....	35
Tabela 4: Profissão dos pacientes internados no IPGSG	37
Tabela 5: Diagnósticos de acordo com a CID-10.....	40
Tabela 6: Grupos de transtornos mentais prevalentes no IPGSG.....	41
Tabela 7: Artigos do Código Penal nos quais os internos encontram-se incurso....	43
Tabela 8: Artigos penais prevalentes entre a clientela do IPGSG.....	44

LISTA DE SIGLAS

- CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.
- CID-10: Classificação Internacional de Doenças, versão 10.
- DSM IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.
- EVCP: Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade.
- HCTP: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
- IPGSG: Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes.
- NAPS: Núcleo de Atenção Psicossocial.
- SUS: Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Psiquiatria, numa perspectiva histórica, representa uma ciência relativamente jovem dentro do amplo universo da Medicina, só se estabelecendo como disciplina autônoma no final do século XVIII, enquanto que as práticas médicas pré-científicas iniciaram-se séculos antes de Cristo, como atestam documentos do antigo Egito como o papiro Edwin Smith (1700 a.C.), o papiro Ebert (1553 a.C.) e o papiro Brugsch (1200 a.C.), que teciam considerações médicas, observações diagnósticas, prescrições de medicamentos e indicações cirúrgicas. A medicina grega, por seu lado, teve Hipócrates de Cós como seu principal vulto e que teceu nos meados de 460 a.C. considerações importantes sobre a prática médica, contidas nos escritos hipocráticos que abrangem uma vasta obra de cerca de cinquenta e três tratados médicos, conhecidos como a “Coleção Hipocrática”.

Hipócrates pode ser considerado como o primeiro psiquiatra da História, pois considerava que a doença mental era passível de estudo e de tratamento médico. Ao descrevê-la, cunhou termos ainda hoje atuais, tais como **epilepsia**, **mania**, **melancolia**, **paranóia** e **histeria**. Procurou, enfim, estabelecer a relação existente entre o cérebro e a enfermidade mental.

Assim, vemos a Psiquiatria se estabelecer como ciência autônoma somente no final do século XVIII, amparada nas observações clínicas e no trabalho humanizante de Philippe Pinel e Samuel Tuke, e consolidadas por cientistas como Morel, Kraepelin, Kraetschmer, Jaspers e Bleuler durante os séculos XIX e XX. A moderna Psiquiatria teve como base a corrente filosófica da Fenomenologia, cujo precursor foi Edmund Husserl (1859-1938). Seguiram-se a ele Karl Jaspers, Gruhle

À fenomenologia compete apresentar, de maneira viva, analisar em suas relações de parentesco, delimitar, distinguir da forma mais precisa possível e designar com termos fixos os estados psíquicos que os pacientes realmente vivenciam... Nisso nos servem de ajuda, sobretudo, as descrições próprias dos pacientes que, no contato pessoal, podemos provocar e verificar e elaborar da maneira mais clara e completa.

Foi através deste método que foram descritas as principais síndromes psiquiátricas, assim como as entidades nosológicas, através de observação acurada das enfermidades como a esquizofrenia, em suas formas hebefrênica, catatônica, paranóide e residual, contribuindo nesta tarefa professores como Morel, Kraepelin, Eugen Bleuler e Kurt Schneider.

Atualmente, a Psiquiatria - que se renova continuamente, passando por diversas fases e reformulações - representa uma ciência diante da qual vislumbra-se um grande futuro, integrando o universo das neurociências e palco de modernas práticas científicas, tais como a Medicina Baseada em Evidências (MBE), com seus estudos randomizados e duplo-cego, onde modernos psicofármacos são continuamente avaliados e comparados em sua ação e efeitos terapêuticos sobre os transtornos mentais, tendo ocorrido importantes descobertas, tais como a dos modernos antidepressivos e neurolépticos atípicos que vêm revolucionando a prática psiquiátrica.

E novamente Jaspers (1973, p. 71) fala sobre este futuro:

É como se um continente desconhecido fosse investigado por dois lados, mas as expedições nunca se encontrassem, uma vez que haveria entre elas uma larga faixa impenetrável. A neurologia descobriu que o córtex cerebral juntamente com o tálamo constitui o órgão somático mais subordinado ao psíquico (...) A Psicopatologia segue o psíquico até os limites da consciência (...) Em resumo, segue-se destas observações que é absolutamente necessário pensar a investigação de alterações psíquicas em suas causas somáticas.

A evolução da ciência médica vem se processando no sentido de uma especialização crescente, tendo em vista que os campos das diversas disciplinas médicas tornaram-se muito vastos e complexos. Assim ocorreu nas especialidades cirúrgicas, nas diversas clínicas médicas e na Psiquiatria. Os hospitais vêm se tornando cada vez mais especializados e no campo da Psiquiatria, tanto na rede pública como na iniciativa privada, surgiram instituições de pequeno porte, tais como: clínicas para dependentes de drogas, clínicas geriátricas, clínicas para crianças emocionalmente perturbadas, clínicas para transtornos alimentares, residências terapêuticas para enfermos mentais crônicos e hospitais de emergência psiquiátrica.

Dentro desta mesma tendência de especialização crescente surgiram os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), que são instituições especializadas em Psiquiatria Forense, representando um campo científico em que a Psiquiatria tem interface no Direito Penal. Antigamente denominados de manicômios judiciários, os HCTP realizam os laudos periciais solicitados pelos representantes do Poder Judiciário, avaliando a imputabilidade de indivíduos incursos nos artigos do Código Penal Brasileiro e prestando assistência médico-psiquiátrica aos pacientes que estão a cumprir Medidas de Segurança determinadas pelos Juízes.

Em relatório "Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário" do Ministério da Saúde, profissionais da área de saúde mental traçaram importantes metas, entre elas, a extensão do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) aos Hospitais de Custódia. A proposta nº 10 do Grupo de Trabalho nº 2 deste relatório afirma: "Que seja adotado em âmbito nacional, um projeto de humanização dos HCTP, que institua casas de passagem para desinternação progressiva, estabelecendo vínculos com a sociedade."

Tais medidas são mais que bem vindas, pois objetivam a modernização e melhoria destes hospitais que se encontram na atualidade, em estado de sucateamento e com escassez de recursos humanos especializados para atender de forma adequada aos graves casos dos pacientes psiquiátricos infratores. Mas em outras de suas sugestões e ingressando na área jurídica, pretendem também o “fim dos exames de cessação de periculosidade”; propõem a extinção da desinternação condicionada e por fim, “a desinstitucionalização dos manicômios judiciários na direção de sua superação através da universalização do cumprimento da medida de segurança em regime aberto na rede de serviços de saúde mental do SUS”. Tais propostas devem ser discutidas com muita seriedade já que exames de cessação de periculosidade e medidas de segurança são práticas há muito consolidadas na psiquiatria forense em interação com o saber jurídico e necessárias diante daqueles graves delitos cometidos por pacientes psiquiátricos.

A proposta de desinstitucionalização preconiza em outros termos, a extinção dos Hospitais de Custódia, da mesma forma como a reforma psiquiátrica encara todos os estabelecimentos psiquiátricos, alegando que não prestam nenhum serviço relevante aos pacientes em crise e apenas agravam sua exclusão social. Com o fim da era hospitalocêntrica e a superação dos macro-hospitais e das antigas colônias psiquiátricas, fazem-se necessárias medidas que otimizem os serviços extra-hospitalares tais como os CAPS, integrando-os com os hospitais psiquiátricos de médio e pequeno porte remanescentes, que devem servir como retaguarda nos casos psiquiátricos graves com risco de condutas agressivas e que exigem internação de emergência.

Uma efetiva prevenção secundária irá evitar novas internações nos hospitais de custódia, devendo existir leitos psiquiátricos suficientes na rede hospitalar, pois a desassistência, além de representar um desrespeito aos Direitos

Humanos dos pacientes de baixa renda, configura-se como o calcanhar de Aquiles da reforma psiquiátrica.

Tendo em vista estes argumentos, estamos abordando neste trabalho, a realidade dos Hospitais de Custódia e pretendemos traçar um perfil dos pacientes psiquiátricos internados no Hospital Psiquiátrico Governador Stênio Gomes, que integra a rede penitenciária do Estado do Ceará. Realizei assim um estudo retrospectivo com 130 pacientes do sexo masculino, internos neste hospital durante os meses de janeiro a agosto de 2003. Saliente-se que desde a inauguração deste hospital de custódia, não existe enfermaria para pacientes do sexo feminino.

1.1 A evolução da psiquiatria

A Psiquiatria é uma ciência relativamente jovem no cenário da Medicina, e os dicionários revelam que o termo “psiquiatria” só passou a ter emprego corrente a partir de 1847.

Na Idade Média, as enfermidades mentais eram consideradas como expressões de algo sobrenatural e a psicologia representava apenas um breve capítulo nos Tratados Filosóficos e Religiosos vigentes na época. Surgiram no período pré-científico as instituições precursoras dos hospitais psiquiátricos, destacando-se a célebre Colônia Gheel, na Bélgica, em 850 d.C.; o Bedlam Hospital, em Londres, no ano de 1246; o de Sevilha em 1436 e o de Toledo em 1843. Eram asilos que abrigavam os doentes mentais e contavam com o apoio de enfermeiros e de membros das ordens religiosas. Assim, a era pré-científica da psiquiatria estendeu-se da Idade Média até o final do Século XVIII, quando iniciou-se o período científico em 1793 com os trabalhos pioneiros de Philippe Pinel e de Samuel Tuke. Antes do advento da era científica, os asilos da Bicêtre e Salpêtrière acolhiam os

doentes mentais ao lado de mendigos e de prostitutas, todos convivendo em condição profundamente desumana. Naquela época, os doentes mentais agressivos ficavam acorrentados como se fossem animais perigosos durante anos a fio.

Os historiadores consideram que a Psiquiatria, em seu período científico, passou por quatro revoluções:

A **primeira revolução** ocorreu com Philippe Pinel (1745-1826) que assumiu a direção do Hospício de Bicêtre, em Paris, em 1793, e dois anos depois, a direção do Asilo de Salpêtrière. Era a época conturbada da Revolução Francesa e Pinel começou suas reformas, libertando os doentes mentais que estavam acorrentados durante anos. O quadro célebre do artista Robert Fleury immortalizou o momento em que Pinel rompe as algemas de uma jovem e bela alienada. Dando início à fase científica da Psiquiatria, Pinel (1798) publicou sua obra "Nosografia Filosófica", onde procurou classificar as doenças mentais, e, em 1801, publicou o "Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou manie". A doença mental, a partir de então, passou a ser considerada uma "doença da consciência" e surgiu o primeiro modelo científico aplicado à saúde mental, encerrando a fase pré-científica da Psiquiatria.

Como reflexo da obra de Pinel, surgiram na França nomes importantes como Jean Etienne Esquirol, Louis Florentin e Auguste B. Morel, que ajudaram a sedimentar o caminho para a moderna psiquiatria, onde os antigos asilos foram substituídos por modernos hospitais psiquiátricos, verdadeiros centros de neurociências, como existem hoje na França e em países de Primeiro Mundo.

Temos que assinalar que na mesma época de Pinel, Samuel Tuke, um quaker, renovou de forma inspirada a precária assistência aos doentes mentais na Inglaterra. Fundou uma instituição dedicada aos doentes mentais em uma espaçosa

casa de campo, com janelas sem grades, cercadas de jardins. A casa era denominada de Retiro e as atividades desenvolvidas com os enfermos consistiam em trabalho ativo nos jardins e na fazenda. Logrou grande sucesso e seu modelo foi copiado em outros países, tendo inspirado a construção das Colônias de Juqueri e Juliano Moreira que, em seu projeto original, estimulava o trabalho no campo como terapêutica para os doentes mentais.

A **segunda revolução** ocorreu no início do século XX com a obra de Sigmund Freud que ressaltou a gênese dos transtornos neuróticos, mostrando a importância da dinâmica familiar. Freud e seus discípulos, entre eles Carl Jung, foram os pioneiros no campo da psicoterapia, de grande importância na prática da psiquiatria moderna em interação com a psicofarmacologia avançada dos tempos atuais.

A **terceira revolução** ocorreu na década de 1950, sendo iniciada com a descoberta da Clorpromazina, sintetizada por Carpentier (1950). Delay e Deniker (1952) publicaram o trabalho científico intitulado "Utilização em terapêutica psiquiátrica de uma fenotiazina de ação central eletiva", onde relataram os efeitos benéficos deste medicamento no tratamento das doenças mentais. Assim, o emprego da Clorpromazina tornou-se obrigatório em todos os hospitais psiquiátricos da época.

Seguiu-se, então, uma série de descobertas de grande repercussão nos tratamentos psiquiátricos. Kline (1958) relatou a eficácia do tratamento de pacientes deprimidos com o uso da Tranilcipromina, uma substância inibidora de monoaminoxidase. Na mesma época, Thomas Kuhn relatou a eficiência da Imipramina no tratamento contra as depressões.

Sternbach (1960) sintetizou o Clordiazepróxido, o primeiro ansiolítico benzodiazepínico, dando início à descoberta de outros derivados ansiolíticos. Enfim, a década de 1950 significou uma revolução psicofarmacológica com a descoberta de neurolépticos, antidepressivos e ansiolíticos possibilitando que inúmeros pacientes psicóticos fizessem seus tratamentos permanecendo integrados em seu meio sócio-familiar. Permitiu, assim, que a Psiquiatria Comunitária, com seus serviços psiquiátricos, evoluísse de um sistema hospitalocêntrico para uma rede de serviços extra-hospitalares mais adequados à assistência e recuperação dos doentes mentais.

A **quarta revolução** corresponde à Reforma Psiquiátrica, movimento de expressão mundial e que nasceu no amplo território da Psiquiatria Comunitária. Merecem destaque as reformas psiquiátricas ocorridas nos EUA, na Itália, na França e no Canadá e, na atualidade, as suas conseqüências já podem ser mensuradas e avaliadas em seus avanços e retrocessos, de grande alcance social sobre a vida dos enfermos, de seus familiares e de suas respectivas comunidades.

No Brasil, a reforma psiquiátrica teve aspectos criativos, tais como: a criação de CAPS, NAPS e Residências Terapêuticas. Ocorreu a extinção de inúmeros leitos e fechamento de muitos hospitais psiquiátricos. Um de seus mentores foi Delgado (1987), que afirma em trabalho de sua autoria:

Em primeiro lugar, a desospitalização, isto é, conjunto de procedimentos destinados a transformar um modelo assistencial baseado na segregação hospitalar em uma prática assistencial que não isole o paciente da comunidade. Inclui-se aqui a reintegração social dos segregados que vem sendo designada genericamente como ressocialização. Um segundo aspecto não dissociado do primeiro, implica definir um novo papel a ser desempenhado pelas instituições públicas concretas que até então cumpriam função asilar.

Assim, a reforma vem sendo implantada, fazendo-se necessário um considerável investimento público no sentido de suprir as carências encontradas em nível de prevenção primária, secundária e terciária.

A meta desejada tanto por psiquiatras como pela família do paciente, é sua reinserção sócio-familiar, evitando internações e, naqueles casos agudos, realizando internações de curta duração em hospitais psiquiátricos de pequeno porte e em leitos de hospitais gerais.

1.2 Reforma psiquiátrica: modelos, avanços e retrocessos

A Reforma Psiquiátrica, enquanto movimento de alcance mundial, foi planejada e implantada de forma gradual em diversos países, em decorrência das condições anacrônicas e obsoletas observadas nos antigos hospitais psiquiátricos, alguns deles de grande porte e que eram estruturas responsáveis pela cronificação de inúmeros pacientes.

Assim, equipes interdisciplinares desenvolveram toda uma base teórica de como facilitar a desinstitucionalização e uma assistência digna aos enfermos psiquiátricos, passando a realizar reformas importantes nas instituições, baseados nas idéias de psiquiatras como Adolf Meyer, Gérald Caplan e Talbot, nos Estados Unidos; Franco Basaglia na Itália; Jean Oury e Bonnafé na França; Maxwell Jones na Inglaterra e Manuel Desviat na Espanha.

Surgia um movimento psiquiátrico que pretendia restaurar a cidadania do enfermo mental, dando-lhe novas possibilidades de reinserção sócio-familiar, na medida em que criava inúmeros serviços extra-hospitalares, leitos em hospitais gerais e até mesmo, cooperativas de pacientes psiquiátricos, como ocorreu na Itália.

Surgiram, entretanto, obstáculos provocados pela dificuldade de reinserção social dos enfermos; desassistência aos pacientes crônicos e uma ideologização excessiva de alguns profissionais que se deixaram envolver pelo ativismo político, em prejuízo de uma visão científica mais ampla. Dentro deste contexto, é de maior importância que prevaleçam posturas e críticas baseadas em dados epidemiológicos e científicos, e não em atitudes passionais e ideológicas que revelam um claro envolvimento com partidos políticos em sua luta pelo poder. É ainda recente na história, o fato desastroso ocorrido na extinta União Soviética, onde a ciência foi atropelada pela ideologia e pelo aparato jurídico-policial, acarretando a prisão de inúmeros dissidentes nos hospitais psiquiátricos.

Os diversos modelos de reforma psiquiátrica apresentam duas propostas básicas. A primeira pretende dar uma ênfase aos serviços extra-hospitalares e uma transformação do hospital psiquiátrico, superando seus defeitos institucionais e melhorando sua ação terapêutica, como ocorreu na Psiquiatria Institucional (França) e na Comunidade Terapêutica (Inglaterra). A segunda proposta condiciona a reforma ao fechamento de todos os hospitais psiquiátricos com predomínio total dos serviços extra-hospitalares, como ocorreu na Itália.

Mas dentro destas diferentes propostas existem três conceitos fundamentais comuns, como afirma Desviat (1994):

“Em primeiro lugar, a zonificação – o setor francês, a psiquiatria no território na Itália, as áreas inglesas ou espanholas; em segundo lugar, a continuidade de cuidados – desde a mítica postulação francesa nas Jornadas de 1945 até os diferentes tipos de continuidade de cuidados que se dão na atualidade na área sanitária espanhola; e por último a integração dos três níveis clássicos de atenção – Gerard Caplan foi quem mostrou melhor a importância da imbricação dos diferentes níveis de prevenção, articuladores de seu clássico livro sobre psiquiatria comunitária.”

A reforma psiquiátrica nos EUA foi o primeiro movimento em larga escala ocorrido no mundo. Em seu início, havia um grande otimismo e a reforma foi anunciada como uma verdadeira revolução dentro da psiquiatria norte-americana. Assim, o presidente John Kennedy enviou ao Congresso o programa denominado "Community Mental Health Center – Act of 1963", que continha a contribuição de psiquiatras, legisladores e associações cívicas e que foi logo aprovado pelos parlamentares. Foram criados 800 Centros Comunitários de Saúde Mental (Comum Community Mental Health Centers – CMHC) com áreas de alcance específicos que abrangiam de 75.000 a 200.000 habitantes e que deveriam proporcionar serviços de internamento, emergência de 24 horas ao dia e programas de hospitalização parcial. Entretanto, o projeto inicial previa a construção de 2000 Centros de Saúde Mental, o que não chegou a ser concretizado. Como resultado deste programa ocorreu um grande processo de desinstitucionalização com a redução de 540.000 para menos de 100.000 leitos psiquiátricos. Entretanto, a reforma psiquiátrica americana, após 40 anos, foi considerada como um relativo fracasso e provocou graves seqüelas sociais.

Um dos efeitos colaterais foi a transinstitucionalização, que é o fenômeno de migração de pacientes psicóticos crônicos dos hospitais públicos para outras instituições, tais como os presídios norte-americanos. Estudiosos consideram que, neste caso, ocorre a troca de um conjunto de problemas institucionais por outro, sem que haja uma solução eficiente para estes pacientes.

Atualmente, considera-se que a doença mental severa é de duas a três vezes mais prevalente na população carcerária do que na pública em geral dos EUA.

Constatou-se um aumento considerável de pacientes psiquiátricos entre a população dos “sem teto” daquele país. O respeitado estudioso da desinstitucionalização, Talbot (1979) considerou “uma vergonha nacional” as péssimas condições de vida e o estado de abandono dos pacientes desinstitucionalizados na maioria dos estados norte-americanos. Franco Rotelli (1990) abordou a falta de assistência aos pacientes crônicos, fazendo uma avaliação paralela do processo de desospitalização na Itália e o insucesso da reforma psiquiátrica nos EUA e concluiu que a política apressada de desospitalização, sem a implantação de serviços substitutivos, resultou em uma enorme demanda desassistida com inúmeros pacientes psicóticos crônicos marginalizados e sem a devida assistência psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica na Itália teve forte conotação ideológica, sendo baseada nas idéias de Franco Basaglia e de seus seguidores, que afirmavam representar uma “oposição ao setor psiquiátrico”, insinuando que a psiquiatria era uma “ideologia de substituição”. Fundou, em Trieste, a Associação Psiquiátrica Democrática, onde no Congresso de 1978, as posições do próprio Basaglia – inicialmente aceitas – foram consideradas por seus ativistas como insuficientemente revolucionárias. Com o apoio do Partido Radical, conseguiu a aprovação da Lei 180 pelo Parlamento italiano em maio de 1978. A partir daquela data foram proibidas novas internações nos hospitais psiquiátricos, sendo ordenado o fechamento destes estabelecimentos e ficou estabelecido que a tutela dos direitos civis dos pacientes psiquiátricos cabia aos juizes. Houve assim, dentro de um viés autoritário, o deslocamento dos problemas de saúde mental da área médica para a judicial.

A reforma de Basaglia, iniciada com o fechamento de hospitais psiquiátricos comuns, resultou anos depois na reconstrução de vários Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Da Salvia (1986) informa que de 1976 a 1981 ocorreu o aumento de pacientes psiquiátricos nos hospitais de Custódia italianos, que passaram de 623.540 para 645.507 internados.

Ainda em decorrência da Lei 180, os pacientes psiquiátricos em crise psicótica não podiam ser internados em hospitais psiquiátricos comuns. Assim, as famílias dos pacientes passaram a recorrer à justiça, e a internação de cada paciente passou a se realizar mediante um processo judicial, o que explica o aumento de pacientes nos Hospitais de Custódia. A partir destes fatos, surgiram críticas de que ocorreu uma criminalização da doença mental na Itália, assim como uma maior estigmatização dos pacientes. Por outro lado, constatou-se desassistência aos pacientes e insuficiência de recursos no sul da Itália, enquanto que nas regiões mais ricas do norte, existe uma maior oferta de serviços extra-hospitalares.

Na experiência francesa foi implantada a Psiquiatria de Setor, tendo como base teórica as idéias de Bonnafé, Oury, Torrubia, Tosquelles e outros pensadores que se reuniam no Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban. Foi um movimento com forte influência da Psicanálise, a mesma especialidade acusada inadequadamente por Basaglia como "veículo privilegiado da sociedade capitalista".

A hipótese central era de que na instituição total, representada pelo hospital, todo mundo estava enfermo e necessitava de tratamento. Portanto, deveria surgir uma terapia que abrangesse tanto os funcionários como os pacientes. Dentro desta mesma concepção de Saúde Mental surgiu o conceito de Psicoterapia Institucional desenvolvido por Jean Oury (1976), diretor da Clínica La Borde:

“O objetivo da Psicoterapia Institucional é criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, limpeza dos sistemas alienantes sócio-econômicos, etc.) para que o psicótico tenha acesso a um campo onde ele possa se referenciar, delimitar seu corpo numa dialética entre partes e totalidade, participar do corpo institucional pela mediação de objetos transicionais, os quais podem ser o artifício coletivo sob o nome de “técnicas de mediação” que podemos chamar de objetos institucionais que são tanto ateliês, reuniões, lugares privilegiados, funções quanto à participação em sistemas concretos de gestão ou de organização”.

Em 15 de março de 1960, a Comissão de Enfermidades Mentais promulgou uma circular e a psiquiatria de setor foi implantada na França, mas sem o radicalismo observado na reforma italiana. A psiquiatria de setor, além de suas bases psicoterápicas institucionais, propôs:

1. Princípio de setorização ou de zonificação com áreas de 50.000 a 100.000 habitantes.
2. Princípio de continuidade terapêutica, onde as equipes assegurem o tratamento dos pacientes nos diferentes serviços hospitalares e extra-hospitalares.
3. O eixo de assistência se desloca definitivamente do nível hospitalar para o nível extra-hospitalar e o paciente passa a ser atendido na própria comunidade, evitando-se o efeito cronificante da institucionalização.

Observou-se no modelo francês uma vantagem importante sobre o norte-americano, pois os profissionais daquele país colocaram à disposição de seus pacientes um sistema de proteção social e sanitário que não excluía nenhum indivíduo, qualquer que fosse sua porta de entrada ou seu domicílio. Isto se deveu a excelência das condições da organização sanitária francesa. Por outro lado, os hospitais psiquiátricos franceses puderam acompanhar o grande avanço científico ocorrido em todo mundo, tornando-se centros de tratamento e pesquisas avançadas em Neurociências. Assim é que em Paris existem pelo menos dois centros de referência que são o Hospital Saint-Anne e o Instituto Marcel Rivière, onde os

pacientes psicóticos são internados e depois encaminhados para eficientes serviços extra-hospitalares do sistema. Além de bons serviços de hotelaria, são hospitais que contam com equipes interdisciplinares completas, serviços de mapeamento cerebral, tomografia e ressonância magnética dedicados aos pacientes psiquiátricos da rede pública. Tal realidade contemporânea revela o quanto estamos distantes de prestar uma boa assistência aos pacientes psiquiátricos que têm de recorrer à rede de saúde pública em nosso país, principalmente aos hospitais especializados que sofreram um processo de desmonte e de sucateamento progressivos.

O que deve ser levado em conta é que tanto hospitais gerais como especializados representam estruturas organizacionais complexas, sendo uma resposta das sociedades modernas diante de enfermidades graves que não podem ter resolutividade em nível de atenção primária. Uma oposição ideológica ao modelo médico, além de não oferecer alternativas reais, pode representar um retrocesso científico. Na área da psiquiatria, pode provocar um aumento de internações nos hospitais de custódia, por falta de leitos nos hospitais comuns, tal como ocorreu na Itália.

Assinalamos ainda a reforma psiquiátrica ocorrida no Canadá, especialmente na cidade de Quebec, onde ocorreu uma regionalização dos serviços, leitos em hospitais gerais e a criação de uma eficiente rede alternativa pelo Ministério de Saúde daquele país. Em 1963, foram iniciadas experiências no Hospital de Laurentinnes e no Hospital Saint Charles-de-Joliete, onde ocorreu uma eficiente desospitalização dos pacientes. Houve assim a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos que passaram de 20.000 em 1962 para 12.000 leitos em 1980. Ocorreu a criação paralela de leitos em hospitais gerais que passaram de 580 em 1962 para 2.703 leitos em 1986. Estes dados são indicadores de uma reforma

psiquiátrica bem conduzida em contraste com a reforma em andamento em nosso país, onde a criação de leitos em hospitais gerais foi insuficiente. Além desta realidade, multiplicaram-se os hospitais-dia, ateliês e serviços extra-hospitalares implantados, em parte, pela iniciativa privada. Atualmente, a experiência da psiquiatria comunitária de Quebec é considerada um modelo muito eficiente, situada entre a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Comunitária dos EUA. Parte deste bom resultado encontra-se explicada pelo elevado padrão de vida e pela excelente rede de proteção social daquele país.

Faz-se necessária uma constante reavaliação do nosso modelo e de outros, assim como seus erros e acertos, pois deles dependem a eficiência das redes de prevenção primária, secundária e terciária, interagindo com os hospitais judiciais de custódia, objeto principal deste estudo psiquiátrico forense.

1.3 Aspectos históricos do manicômio judiciário

A expressão “Manicômio Judiciário” é de origem italiana e este tipo de instituição passou a ser construído na segunda metade do século XIX, quando surgiram o Asilo de Brodmoor em Londres (1863), o de Aversa na Itália (1876), o State Form for Criminal Insane nos EUA (1884).

Moura Fé (1998) afirma em seu artigo publicado na Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria que:

O Manicômio Judiciário emergiu como resultado da necessidade de compatibilizar as concepções jurídicas relacionadas ao doente mental infrator com os conhecimentos e procedimentos médicos no trato destes doentes, o que aconteceu após o surgimento da Psiquiatria como especialidade médica no final do século XVIII e a organização e fundação dos manicômios ou asilos de alienados.

Assim como o paciente psiquiátrico entra em crise, da mesma forma as instituições podem sofrer crises tal como ocorreu na época da criação do primeiro Manicômio Judiciário no Brasil, conforme relato da Dra. Magali Gouveia Engel contido em trabalho histórico sobre os hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro no período de 1830 a 1930. Assim, nos idos de 1903, os artigos 10 e 11 da Lei de 1903 proibiam que doentes mentais fossem mantidos em cadeias públicas, evitando que se tornassem vítimas de maltratos dos criminosos comuns que cumpriam pena.

Assim, durante a reforma do Hospital Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro, o psiquiatra Juliano Moreira criou a Seção Lombroso que foi destinada aos alienados criminosos. Mas em 20 de janeiro de 1920 o paciente Roberto Duque Estrada Godoy, que já tinha sido preso diversas vezes por agressões a terceiros, cometidas quando encontrava-se alcoolizado, liderou uma rebelião na Seção Lombroso quando os revoltosos empilharam e queimaram colchões, jogando mesas e cadeiras sobre os enfermeiros, guardas e médicos que tentavam acalmá-los. A rebelião só terminou com a chegada do comissário Leal, a quem Roberto Duque Estrada entregou a faca que estava a brandir contra os funcionários do HNA. Conforme a reportagem do Jornal "O País", de 20.1.1920, citada no referido trabalho, os outros doentes mentais então foram desarmados e se entregaram aos policiais.

Em decorrência deste fato, as autoridades da época decidiram imediatamente construir um hospital especialmente dedicado aos enfermos mentais delinquentes e em 30 de abril de 1921 o Manicômio Judiciário situado nos terrenos da Casa de Correção do Rio de Janeiro foi finalmente inaugurado, sendo indicado para sua direção o psiquiatra Dr. Heitor Carrilho.

Fato semelhante ocorreu no estado do Ceará gerando outra crise institucional na década de 1960, com a ameaça concreta de envenenamento tanto dos funcionários como de pacientes do principal hospital psiquiátrico público do Estado, plano elaborado por um grupo de pacientes que tinham cometido delitos. Naquela época, os pacientes psiquiátricos infratores eram enviados para tratamento no Hospital de Saúde Mental de Messejana. Entretanto, alguns destes pacientes elaboraram o plano de envenenar a caixa de água principal daquele hospital. O plano foi descoberto e impedido a tempo pelo diretor do nosocômio Dr. Manoel Suliano Filho. Por sua determinação todos os pacientes infratores foram enviados então para a Casa de Detenção de Fortaleza, surgindo um novo problema: o da convivência dos pacientes psiquiátricos com os delinqüentes comuns que os maltratavam com freqüência.

Surgiu assim, a necessidade de construção do Manicômio Judiciário e esta tarefa foi entregue ao psiquiatra Nilson de Moura Fé. Então, durante o governo de Plácido Castelo foram construídos o Sanatório Otávio Lobo para pacientes clínicos e o Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes para atender à demanda dos pacientes psiquiátricos infratores.

A inauguração do IPGSG ocorreu em 12 de setembro de 1969, ficando subordinado à Secretaria de Justiça do Estado do Ceará. Logo foram estruturados os serviços de perícias psiquiátricas e a equipe multiprofissional iniciou seus trabalhos com os pacientes internados.

1.4 Reflexões sobre psiquiatria forense

É de grande importância simbólica o caso do camponês Pierre Rivière ocorrido na França e que estabeleceu um trabalho integrado entre os psiquiatras e médicos com os juristas de maior expressão daquela época, representando um fato significativo para a Psiquiatria Forense. Pierre Rivière, em um acesso de fúria, degolou e esquartejou a própria mãe e seus dois irmãos, sendo sentenciado à pena de morte. Enquanto aguardava a aplicação da pena, o camponês redigiu um memorial que foi lido pelos médicos. Ocorreu então a intervenção das mais altas autoridades psiquiátricas parisienses, sendo redigido um laudo final que foi encaminhado ao rei que, convencido pelos argumentos médicos, suspendeu a pena de morte.

Ao invés de considerar o laudo psiquiátrico um passo importante da integração entre a psiquiatria e as ciências jurídicas, evitando uma execução, o filósofo Foucault insinua que: “o poder de perturbação próprio de um discurso como o de Rivière e os conjuntos de táticas com que se tenta encobri-lo e classificá-lo como discurso de um louco ou criminoso”.

O que deveria ser questionado é se Foucault, em nome do “conjunto de táticas” e em nome de sua iluminada filosofia, era favorável a que o perturbado Rivière, que terminou por suicidar-se na prisão, fosse tratado como um criminoso comum e tivesse perdido a cabeça na guilhotina?!

A partir de fatos como este, alguns pensadores passaram a identificar, ao invés de um trabalho interdisciplinar, uma situação de conflito entre a justiça penal e o saber psiquiátrico, com preponderância do último.

Foi plantado neste contexto um conflito que nada acrescentou à prática científica, onde filósofos sem nenhum embasamento psiquiátrico e outros profissionais, criaram uma atmosfera de confronto inútil com os psiquiatras, acusados de “donos do saber”. Seria desejável que, antes disto, houvesse um maior conhecimento sobre a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que é o resultado abrangente do conhecimento das enfermidades clínicas e psiquiátricas, erigido em décadas de estudos e pesquisas consistentes pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Mas alguns profissionais de saúde mental preferem seguir pensadores como Foucault que em sua obra “A história da loucura” recorre, do início ao fim de seu trabalho, ao adjetivo pejorativo de “loucos” para designar os enfermos mentais, o que, sem dúvida, contribui para alimentar o estigma que atinge estes pacientes.

Afinal os “loucos” são membros da mesma espécie humana e padecem de enfermidades diversas que são muito melhor caracterizadas e enfrentadas quando corretamente diagnosticadas e tratadas. O diagnóstico em nenhum momento representa estigmatização, mas sim um instrumento poderoso para o correto tratamento psicofarmacológico e psicoterápico, melhorando o prognóstico de enfermidade com o início precoce de tratamento, pois representa uma ferramenta útil na Prevenção Secundária. Salientamos que no seminário realizado no Ministério da Saúde, durante a elaboração do trabalho “Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário”, seus participantes foram unânimes em condenar a expressão “*loucos de qualquer espécie*” que ainda existe no Código Penal Brasileiro e que denota uma visão excludente do paciente psiquiátrico.

A mais importante contribuição de Foucault consistiu em sua pesquisa histórica sobre a época de Pinel e de Tuke, que são por ele reverenciados em sua luta pela humanização do tratamento aos doentes mentais do século XVIII.

Com relação à discussão sobre se o psiquiatra é ou não uma espécie de "dono do saber" é uma questão totalmente irrelevante, pois já foi resolvida há décadas na moderna prática psiquiátrica, pois existe um consenso universal plenamente favorável ao trabalho da equipe interdisciplinar no tocante à saúde mental.

Esta realidade permite uma dinâmica de equipe onde todos seus membros se manifestam e ocorre uma salutar convivência e interação entre os diversos saberes profissionais, especialmente entre médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, em uma dinâmica que termina por favorecer aos pacientes psiquiátricos e suas famílias, tanto em ambulatórios como nos poucos hospitais que restam.

Mas ressaltamos que não podemos esquecer que em caso de processo judicial contra o hospital ou ambulatório, quem sempre responde é o médico psiquiatra - que representa o guarda-chuva protetor dos outros membros da equipe - ancorado nos princípios legais, éticos e no conhecimento pleno da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e da clínica psiquiátrica.

1.5 Situação atual dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico

Com a evolução dos serviços psiquiátricos públicos, foram criados novos parâmetros pelo Ministério da Saúde para os hospitais psiquiátricos. Assim, surgiram novas exigências no sentido de contratação de mais recursos humanos e ocorreu uma significativa redução de leitos. Aqueles hospitais que não se adequaram aos novos parâmetros foram fechados pelos auditores do Ministério da Saúde.

Em nosso Estado, antes da década de 1990, existiam 10 hospitais psiquiátricos e cerca de 2.000 leitos na rede pública, além de 9 ambulatórios de saúde mental em Fortaleza, e 11 nos municípios do interior do Estado que funcionavam com médicos generalistas treinados em saúde mental. Após a criação do primeiro CAPS em Iguatu, resultado do Projeto de Lei Paulo Delgado em 1989, seguiram-se a construção de diversos CAPS, tanto no interior como na capital.

Seguiram-se o fechamento do Hospital Guararapes, em Sobral, envolvido em denúncias de maus tratos aos pacientes e da Casa de Saúde Antônio de Pádua, além da extinção de 40 leitos no Hospital de Saúde Mental de Messejana. O número de leitos foi reduzido para 1.037 e ocorreu a criação de 2 Hospitais-Dia com 90 leitos e um Lar Abrigado com 8 vagas.

Com relação ao IPGSC, pouco foi investido na melhoria da equipe inter-profissional e na recuperação das instalações. Abdalla Filho (2004) afirma com muita propriedade, no livro "Psiquiatria Forense":

Cabe lembrar ainda a desatenção dada a esta população por parte dos psiquiatras que lideraram as recentes discussões sobre a reforma psiquiátrica, uma vez que não abordaram a saúde mental dentro do contexto penitenciário, fazendo com que esses pacientes tenham sido mais uma vez excluídos e mantidos completamente à margem de um suposto progresso em termos de cuidados com a saúde mental.

Entretanto, devemos salientar que acompanhando a evolução dos serviços psiquiátricos, o termo "manicômio judiciário" foi substituído consensualmente pelo termo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Não tem mais sentido, hoje em dia, usar termos ligados a instituições do século XVIII tais como "manicômios" e "asilos", que não contavam com nenhum recurso terapêutico; com os hospitais psiquiátricos do século XX, que contam com tratamentos psicofarmacológicos eficientes e serviços de equipe com tratamentos psicoterápicos e ocupacionais.

Assim como os NAPS e CAPS os hospitais psiquiátricos têm espaços terapêuticos potenciais e podemos afirmar que todas estas instituições procuram trabalhar na prevenção secundária que consiste em realizar diagnósticos precisos e precoces, seguidos de tratamentos especializados que visem à superação das crises psicóticas.

O passo seguinte, nos hospitais, é a alta quando o paciente retorna a seu meio familiar. Assim, vemos que tanto o trabalho nos CAPS como nos hospitais visam à inclusão do paciente, nunca à exclusão. Se existem hospitais que não realizam seu papel, que sejam penalizados e corrigidos. As altas de pacientes representam um sinal claro de que a missão inclusiva foi realizada, e por consequência, um sinal de que o espaço terapêutico existe.

Dentro do contexto dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, foi elaborado o relatório "Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário" do Ministério da Saúde (2002), que informa existirem na atualidade 19 HCTP no país com uma população de internos de aproximadamente 4.000 pacientes.

É de conhecimento público que poucos recursos foram investidos nestas instituições para transformá-las em hospitais psiquiátricos modernos, com equipes multiprofissionais atuantes e com todos os recursos necessários para elaboração de diagnósticos tais como mapeamento cerebral, tomografia cerebral e exames neuropsicológicos.

Assim, os HCTP ao invés de avançarem no sentido de se transformarem em centros de neurociências interligados com as universidades, regrediram em decorrência da carência de recursos humanos, falta de convênio com o SUS e universidades e pela superlotação que reflete a condição precária dos presídios também superlotados. Acrescente-se a isto a deterioração das instalações físicas e

de hotelaria com prejuízo para os internos, a maioria deles procedentes de famílias desestruturadas e que vivem em situações de extrema pobreza e de desassistência psiquiátrica nas regiões rurais do Estado.

No documento supracitado, é destacada a Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001 que procura redirecionar o modelo existente e que afirma no artigo 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, aqueles desprovidos dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º.”

É de conhecimento público a situação precária da maioria dos HCTP, fazendo-se necessário que os governos federal e estaduais cumpram a Lei 10.216, elaborada pelo Congresso Nacional, modernizando e reformando os antigos manicômios, alguns com décadas de existência, permitindo oferecer “assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais” através do trabalho de equipes interdisciplinares completas. Enquanto isto não acontece, existem indícios de que os direitos humanos dos pacientes que cumprem Medida de Segurança não vêm sendo respeitados.

A reforma das instalações físicas é urgente, pois as autoridades da Justiça e da Saúde não podem deixar de se manifestar diante do fato inconteste de que os próprios parâmetros atuais do Ministério da Saúde com relação aos hospitais psiquiátricos não vêm vigorando nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que estão sob a tutela do próprio governo.

Devemos reafirmar que tanto os serviços hospitalares e extra-hospitalares - que deviam prevenir em nível secundário - encontram-se muito deficientes. A tese de desospitalização da reforma psiquiátrica deve ser revista em seus aspectos positivos e negativos. O que deve ser evitado é que ela degenere em desassistência ao paciente em crise, gerando problemas como a transinstitucionalização e outros fenômenos abordados por pesquisadores na reforma psiquiátrica ocorrida nos EUA.

Devemos lembrar a contribuição do filósofo da ciência Karl Popper que revela ser a ciência, um processo de criação de teses e que a experiência representa o fator de controlabilidade. Assim a ciência é também o aprendizado metódico em cima dos erros cometidos. Para exercê-la temos que ter humildade para aceitar sua dialética e atentarmos para o fato de que teorias aceitas hoje, poderão ser aperfeiçoadas ou superadas no futuro.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Avaliar o perfil da clientela internada no Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar o perfil sócio-demográfico da clientela;
- Identificar as enfermidades prevalentes de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10);
- Identificar os artigos penais em que os pacientes encontram-se incursos;
- Investigar a correlação existente entre condições sócio-econômicas, diagnósticos e artigos penais;
- Avaliar o impacto da enfermidade mental sobre o núcleo familiar e sobre o próprio paciente.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo baseado nos prontuários de 130 pacientes do sexo masculino, internados no Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes no período de 01/01/2003 a 30/08/2003, avaliando estatisticamente os dados sócio-demográficos, diagnósticos e artigos penais desta clientela. Nos estudos de quatro (04) casos clínicos, realizamos entrevistas com os pacientes, sendo que sua escolha ocorreu mediante os quadros clínicos e artigos penais prevalentes dentro da população avaliada.

4 RESULTADOS

Em um primeiro momento, analisaremos os dados sócio-demográficos referentes a estes pacientes, discutindo-os já que estes revelam as condições sociais dos mesmos e de suas famílias.

Em um segundo momento, avaliaremos uma amostra de 81 pacientes, analisando as enfermidades mentais de que padecem de acordo com a CID-10 e os delitos por eles cometidos. O critério de escolha é de que fossem pacientes com laudos concluídos pelos peritos do IPGSG.

Em uma terceira etapa e aprofundando esta análise apresentaremos 4 (quatro) casos clínicos psiquiátricos representativos desta amostra. O critério de escolha foi de que fizessem parte das enfermidades e dos delitos prevalentes.

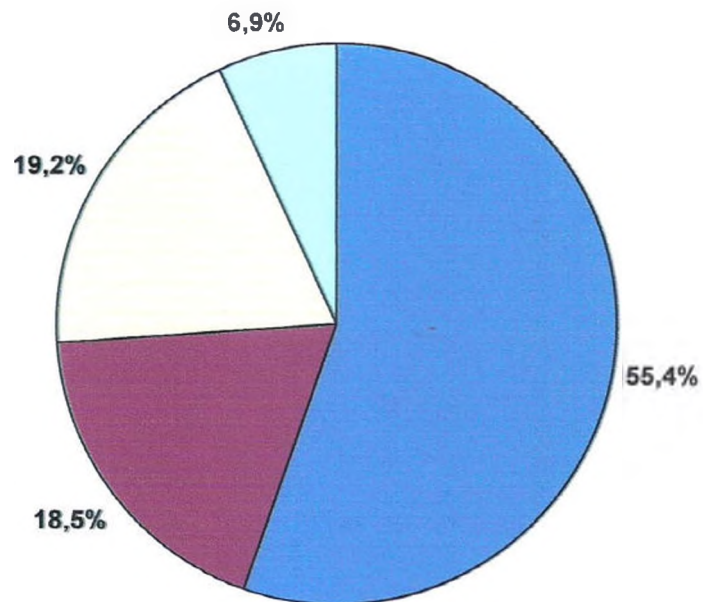
4.1 Procedência dos pacientes internados no IPGSG

Na análise destes dados (Tabela 1) constatamos que do total de 130 pacientes internados, 72 pacientes (55,4%) eram procedentes de júris de comarcas do interior do Estado; 24 pacientes (18,5%) foram transferidos dos presídios situados na cidade de Fortaleza e nas cidades interioranas; 25 pacientes (19,2%) vieram das Delegacias de Polícia de Fortaleza; e 9 pacientes (6,9%) das Varas de Júri de Fortaleza.

Tabela 1-Procedência dos pacientes internados no IPGSG

	Total	%
Juris de Comarcas de Cidades Interioranas	72	55,4
Presídios	24	18,5
Delegacia de Polícia	25	19,2
Varas de Juri de Fortaleza	9	6,9
TOTAL	130	100,0

Gráfico 1-Procedência dos pacientes internados no IPGSG



■ Juris de Comarcas de Cidades Interioranas	■ Presídios
□ Delegacia de Polícia	□ Varas de Juri de Fortaleza

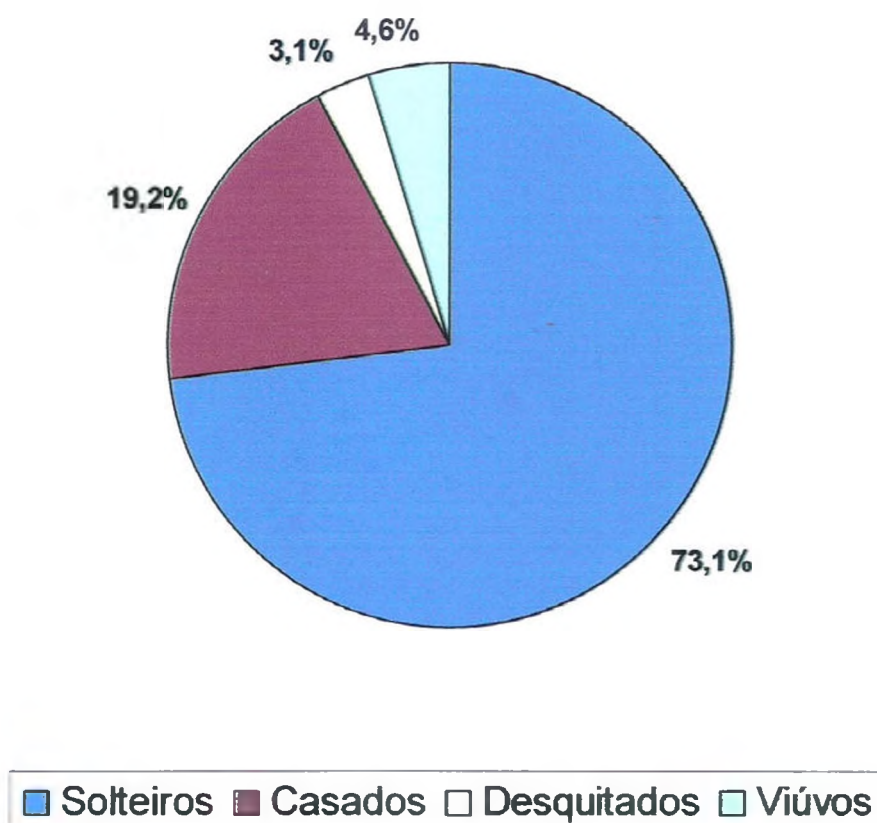
4.2 Estado civil dos pacientes

Constatamos uma grande maioria de indivíduos solteiros dentro da amostra (73,1%) enquanto que 19,2% são casados, 3,1% desquitados e 4,6% viúvos, sendo que entre os casados, incluem-se aqueles que conviviam maritalmente (Tabela nº 2).

Tabela 2-Estado civil dos pacientes de sexo masculino internados no IPGSG

	Total	%
Solteiros	95	73,1
Casados	25	19,2
Desquitados	4	3,1
Viúvos	6	4,6
TOTAL	130	100,0

Gráfico 2-Estado civil dos pacientes de sexo masculino Internados no IPGSG



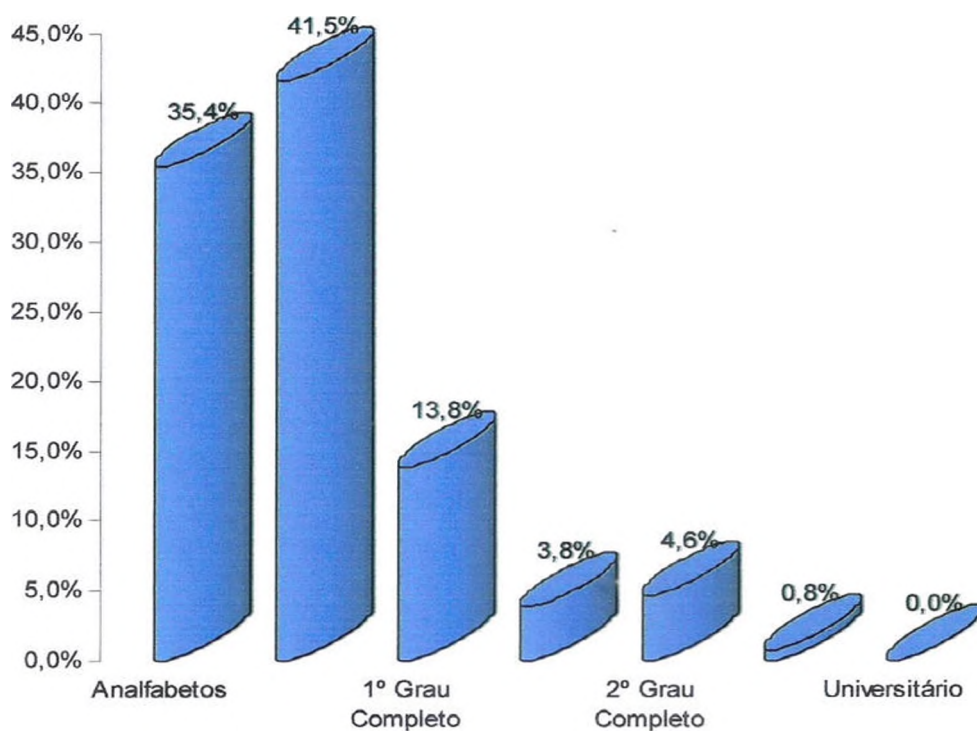
4.3 Grau de instrução

Constatamos que 46 pacientes (35,4%) eram analfabetos; 54 pacientes (41,5%) tinham 1º grau incompleto; 18 pacientes (13,8%) tinham concluído 1º grau; 5 pacientes (3,8%) tinham 2º grau incompleto; 6 pacientes (4,6%) concluíram o 2º grau; 1 paciente (0,8%) tinha curso universitário incompleto; e nenhum paciente tinha concluído o 3º grau. Observa-se que o somatório de pacientes analfabetos (35,4%) e indivíduos com 1º grau incompleto (41,5%) perfazem 76,9%.

Tabela 3-Grau de instrução dos pacientes internados no IPGSG

	Total	%
Analfabetos	46	35,4%
1º Grau Incompleto	54	41,5%
1º Grau Completo	18	13,8%
2º Grau Incompleto	5	3,8%
2º Grau Completo	6	4,6%
Universitário Incompleto	1	0,8%
Universitário	0	0,0%
TOTAL	130	100,0%

Gráfico 3-Grau de instrução dos pacientes internados no IPGSG



4.4 Profissões dos pacientes internados no IPGSG

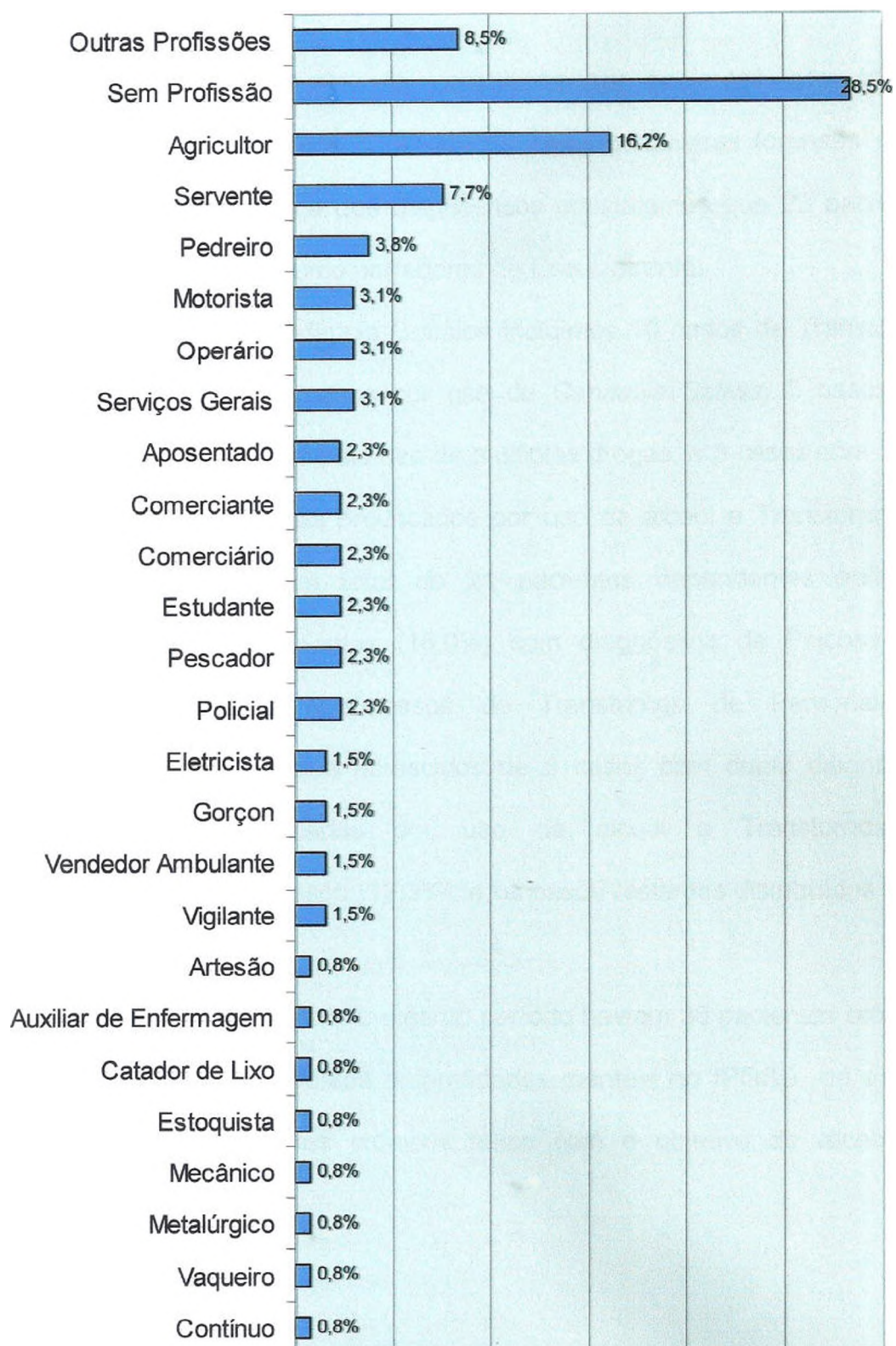
Observamos que 37 pacientes (28,5%) não tinham nenhuma profissão; 21 pacientes (16,0%) eram agricultores; 10 pacientes (7,7%) eram serventes; 5 pacientes (3,8%) eram pedreiros; 4 pacientes (3,1%) eram motoristas; 4 pacientes (3,1%) eram operários; 4 pacientes (3,1%) trabalhavam em serviços gerais; 3 pacientes (2,3%) eram comerciantes; e outros distribuídos entre diversas profissões.

Deste universo profissional, avaliamos que 28,5% são pacientes sem nenhuma profissão, 50,7% são de pacientes com precária qualificação profissional e 20,8% dos pacientes (mecânico = 0,8%, metalúrgico = 0,8%, estoquista = 0,8%, auxiliar de enfermagem = 0,8%, vigilante = 1,5%, garçom = 1,5%, eletricista = 1,5%, policial = 2,3%, comerciante = 2,3%, operário = 3,1%, serviços gerais = 3,1%) contam com uma melhor qualificação profissional.

Tabela 4-Profissões dos Pacientes Internados no IPGSG

	Total	%
Contínuo	1	0,8%
Vaqueiro	1	0,8%
Metalúrgico	1	0,8%
Mecânico	1	0,8%
Estoquista	1	0,8%
Catador de Lixo	1	0,8%
Auxiliar de Enfermagem	1	0,8%
Artesão	1	0,8%
Vigilante	2	1,5%
Vendedor Ambulante	2	1,5%
Garçom	2	1,5%
Eletricista	2	1,5%
Policial	3	2,3%
Pescador	3	2,3%
Estudante	3	2,3%
Comerciário	3	2,3%
Comerciante	3	2,3%
Aposentado	3	2,3%
Serviços Gerais	4	3,1%
Operário	4	3,1%
Motorista	4	3,1%
Pedreiro	5	3,8%
Servente	10	7,7%
Agricultor	21	16,2%
Sem Profissão	37	28,5%
Outras Profissões	11	8,5%
TOTAL	130	100,0%

Gráfico 4-Profissões dos Pacientes Internados no IPGSG



4.5 Diagnósticos prevalentes entre a clientela

Esta amostragem (n=81) foi constituída por pacientes com laudos concluídos e com os diagnósticos consolidados pelos psiquiatras forenses deste Instituto. Na avaliação estatística dos diagnósticos constatamos que 23 pacientes (28,4%) foram diagnosticados como portadores de Esquizofrenia.

Nos casos de Dependência Química incluímos 10 casos de Transtornos Mentais por uso de álcool; 3 casos por uso de *Cannabis Satiwa*; 5 casos por Transtornos Mentais provocados pelo uso de múltiplas drogas; e 3 casos com duplo diagnóstico (Transtornos Mentais provocados por uso de álcool e Transtornos de Personalidade), perfazendo um total de 21 pacientes dependentes químicos (25,9%). Constatamos 13 pacientes (16,0%) com diagnóstico de Psicose não orgânica não especificada. Nos casos de Transtornos de Personalidade constatamos 7 casos (8,6%) que acrescidos de 3 casos com duplo diagnóstico (Transtornos Mentais provocados por uso de álcool e Transtornos de Personalidade), perfazem 10 casos (12,3%); e os casos restantes distribuídos entre outros diagnósticos.

Assinalamos que durante o mesmo período haviam 38 pacientes crônicos internados e portadores de diversas enfermidades mentais no IPGSG, de acordo com levantamento de pacientes crônicos feitos com o objetivo de receberem benefícios do INSS.

Tabela 5-Diagnóstico de acordo com a CID-10 dos pacientes internados no IPGSG

	Total	%
Esquizofrenia (F20 de acordo com CID-10)	23	28,4%
Psicose Inespecífica (F29)	13	16,0%
Transtorno Depressivo (F32)	5	6,2%
Transtorno de Personalidade (F60)	7	8,6%
Transtorno Mental Relac. a Epilepsia (F06.8)	4	4,9%
Transtorno Mental por Uso de Álcool (F10)	10	12,3%
Transtorno Mental por Uso de Cannabis (F12)	3	3,7%
Transtorno Mental por Uso de Mult. Drogas (F19)	5	6,2%
Transtorno Afetivo Bipolar (F31)	1	1,2%
Transtorno de Identidade Sexual (F65.2)	2	2,5%
Retardo Mental (F70)	2	2,5%
Alcoolismo + Transtorno de Personalidade (F10+F60)	3	3,7%
Não Apresenta Transtorno Mental	3	3,7%
TOTAL	81	100,0%

Gráfico 5 - Diagnóstico de acordo com a CID-10 dos pacientes internados no IPGSG

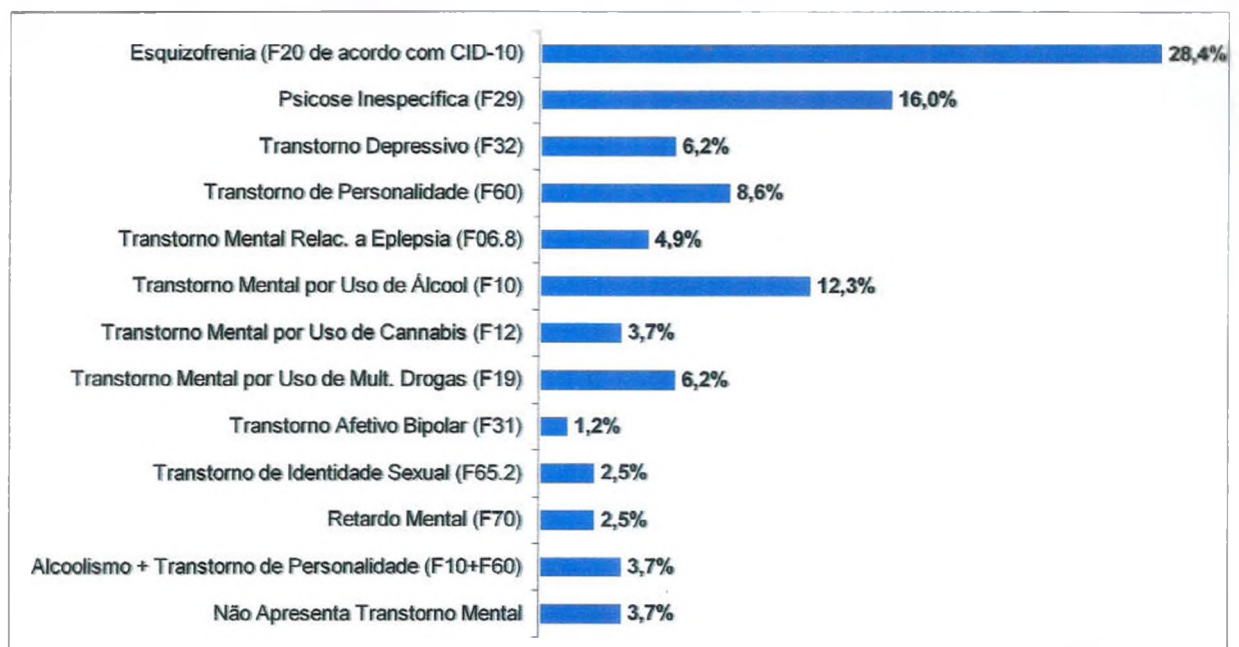


Tabela 6-Grupos de transtornos mentais prevalentes no IPGSG

	Total	%
Esquizofrenia (F20)	23	28,4%
Dependência Química (F10-F19)	21	25,9%
Psicose Inespecífica (F29)	13	16,0%
Transtornos de Personalidade (F60)	10	12,3%

4.6 Artigos penais

Constatamos 38 pacientes (46,9%) incurso no artigo 121 (Homicídio) que somados aos 6 casos de pacientes incurso no artigo 121 associado ao artigo 129, perfazem um total de 44 casos (54,3%). Constatamos 9 casos de pacientes incurso no artigo 129 (Lesão Corporal) que somados aos 6 casos incurso nos artigos 121 e artigo 129, perfazem um total de 15 casos (18,5%). No artigo 155 (Furto), constatamos 6 casos (7,4%) que acrescidos de 1 caso incurso no artigo 155 e associado ao artigo 157) e outro caso incurso no artigo 155 e artigo 213, perfazem um total de 8 casos (9,8%). No artigo 157 (Roubo), constatamos 5 casos que acrescidos de 1 caso incurso no artigo 155 associado ao artigo 157 e outro caso de artigo 157 e artigo 214, perfazem um total de 7 casos (8,6%).

Tabela 7-Artigos do Código Penal nos quais os internos encontram-se incurso

	Total	%
Artigo 12 (Tráfico de entorpecentes)	1	1,2%
Artigo 16 (Dependência de Drogas)	1	1,2%
Artigo 121 (Homicídio)	38	46,9%
Artigo 129 (Lesão corporal)	9	11,1%
Artigo 147 (Ameaça)	1	1,2%
Artigo 155 (Furto)	6	7,4%
Artigo 157 (Roubo)	5	6,2%
Artigo 213 (Estupro)	3	3,7%
Artigo 214 (Atentado violento ao pudor)	1	1,2%
Artigo 224 (Presunção de violência)	2	2,5%
Artigo 121 (Homicídio) + Artigo 129 (Lesão Corporal)	6	7,4%
Artigo 214 (Atentado ao pudor) + Artigo 224 (P. Violência)	3	3,7%
Artigo 213 (Estupro) + Artigo 224 (P. Violência)	1	1,2%
Artigo 311 (Adulteração de veículo) + Artigo 312 (Peculato) + Artigo 313 (Peculato com erro de outrem)	1	1,2%
Artigo 155 (Furto) + Artigo 157 (Roubo)	1	1,2%
Artigo 155 (Furto) + Artigo 213 (Estupro)	1	1,2%
Artigo 157 (Roubo) + Artigo 214 (Atentado ao pudor)	1	1,2%
TOTAL	81	100,0%

Tabela 8-Artigos penais prevalentes entre a clientela do IPGSG

	Total	%
Artigo 121 (Homicídio)	44	54,3%
Artigo 129 (Lesão Corporal)	15	18,5%
Artigo 155 (Furto)	8	9,8%
Artigo 157 (Roubo)	7	8,6%

4.7 Casos clínicos

Na abordagem dos casos apresentados, realizamos uma análise da evolução psiquiátrica assim como seu encaminhamento jurídico. Além de avaliarmos seus prontuários, realizamos entrevistas, objetivando uma síntese de cada caso, procurando avaliar as perspectivas de reintegração sócio-familiar. O critério de escolha utilizado foi de que fizessem parte da clientela com diagnósticos e artigos penais mais prevalentes. Os quatro (04) casos relatados foram escolhidos da amostra de 81 pacientes, sendo que 2 deles, já cumpriram Medida de Segurança e vêm comparêndo regularmente ao IPGSG onde são atendidos e medicados pela equipe psiquiátrica conforme determinação da Justiça.

Caso nº 1:

J.A.T.R., 49 anos, brasileiro, solteiro, 2º grau incompleto, garçon e incurso no artigo 121.

Paciente informa que nasceu de parto normal. Teve viroses próprias da infância. Não conseguiu completar o 2º grau, começando a trabalhar aos 15 anos como pescador na cidade onde morava. A partir dos 29 anos, passou a trabalhar na função de garçon na Barraca Havaí. Em meados de março de 2001, apresentou crise psicótica relatando que ouvia “vozes” que o ameaçavam e idéias de perseguição. Como seu comportamento encontrava-se muito alterado, seu irmão J.N.T.R. o levou ao Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC) e solicitou sua imediata internação. Mas esta foi negada pois segundo o médico plantonista, não haviam leitos disponíveis nos hospitais conveniados com o SUS. Retornaram para sua

residência após ter sido medicado com Fluoxetina 20mg pelo psiquiatra que o atendeu, conforme documento que consta no processo.

O quadro psicótico foi piorando e em 20/03/2001 recebeu 15 dias de licença médica. O paciente a esta altura tinha piorado e apresentava quadro produtivo caracterizado por alucinações auditivas e idéias delirantes de perseguição. Por duas vezes seu irmão tentou interná-lo, mas não conseguiu em decorrência da falta de leitos.

No dia 23/03/2001 o paciente encontrava-se em sua residência enquanto seu pai J.C.R. repousava em uma rede. Passou a achar que seu pai o perseguia e por isso “tudo dava errado” em sua vida. Armou-se então e agrediu seu pai a golpes de martelo, atingindo-o na cabeça enquanto ele dormia. A seguir o esfaqueou no abdomen, provocando a sua morte. Entregou-se a polícia sendo internado no IPSP por determinação judicial para fins de tratamento e laudo pericial. A conclusão diagnóstica foi a de que era portador de Esquizofrenia Paranóide. Desde sua internação vem fazendo uso de Haloperidol Decanoato, uma ampola via intramuscular de 15 em 15 dias e de Haloperidol 5 mg, Prometazina 25mg e Levomepromazina 25 mg antes de dormir. Teve boa resposta a medicação e as alucinações e idéias delirantes remitiram.

Entrevistado em 22/03/2004 encontrava-se calmo e orientado no tempo e no espaço, referindo que de vez em quando volta a ouvir “vozes” e que elas são uma “tentação do demônio”. Tem parcial auto-consciência da enfermidade e considera que o fato ocorrido e que vitimou seu pai, deveu-se a encontrar-se “muito perturbado da cabeça”. Relata que quando terminar de cumprir a Medida de Segurança, pretende voltar a residir com seus irmãos e procurar conseguir sua aposentadoria no INSS em decorrência da doença de que padece.

Caso nº 2

J.X. de S. 47 anos, brasileiro, solteiro, professor de Matemática, sendo incurso no artigo 121 do Código Penal Brasileiro (CPB).

Informa que desde criança sofria de transtornos mentais, ouvindo "vozes" e achando que as pessoas eram capazes de ler seus pensamentos. Concluiu o 2º Grau conseguindo completar sua formação e tornando-se professor de Matemática. Por algumas vezes interrompia seu trabalho em decorrência dos sintomas de que padecia. Freqüentava esporadicamente o ambulatório psiquiátrico e usava medicação neuroléptica de forma irregular. Costumava suspender a medicação para usar bebidas alcoólicas e que preferia tomar cachaça a cerveja. Revela que quando bebia piorava dos transtornos mentais e passava a maltratar seus próprios pais. Foi internado na Casa de Saúde São Gerardo durante o ano de 1999, onde permaneceu por 20 dias em tratamento e também foi internado em data que não sabe precisar, no Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo.

Em 02/11/2000, às 15:00 horas, estando alcoolizado, ao chegar em sua residência assassinou seu pai L.X. de S., atingindo a cabeça do mesmo com objeto contundente. Relata que não recorda do que aconteceu, pois encontrava-se totalmente embriagado. Foi internado no IPGSG em 30/11/2000 e, ao exame psíquico, apresentava alucinações auditivo-verbais e idéias delirantes de cunho persecutório. O laudo pericial concluiu que era portador de Esquizofrenia Paranóide (F20.0 de acordo com o CID-10 e de Transtornos Mentais e de Comportamento decorrente do uso de álcool (F10.1 no CID-10). Foi por isso considerado incapaz de entender o caráter ilícito do ato cometido e incapaz de determinar-se de acordo com este entendimento.

Submeteu-se a tratamento neuroléptico fazendo uso de Haloperidol Decanoato, 1 ampola via intra-muscular de 15 em 15 dias, Levomepromazina 25 mg 2 vezes ao dia; Prometazina 25mg 2 comp. 2 vezes ao dia. Paciente cumpriu a Medida de Segurança e permaneceu em tratamento de 25/11/2000 a 26/11/2002 quando recebeu Alvará de Soltura.

Após trabalho realizado pelo Serviço Social e pelo Setor Jurídico do IPGSG, o paciente foi acolhido por sua família e vem comparecendo mensalmente a este hospital, conforme uma das condições estipuladas pelo Juiz responsável pelo caso.

Entretanto, na última consulta, realizada neste instituto, os familiares informaram que o paciente fez uso de bebidas alcoólicas e apresentou crise psicótica quando foi internado no H.S.M.M. Após melhora do quadro, J.X. de S. recebeu alta, retornando ao seu lar. Ao exame psíquico, o paciente encontrava-se calmo, orientado no tempo e no espaço e sem alterações de sensopercepção e de pensamento. Naquela ocasião, manifestou sua intenção de não voltar a usar bebidas alcoólicas, estando ciente de que nova infração às determinações judiciais, poderá acarretar sua reinternação no IPGSG.

Caso nº 3

W. de B. M., 32 anos, solteiro, 2º Grau incompleto, sem profissão, sendo incurso no artigo 121 do Código Penal Brasileiro.

Relata que nasceu de parto normal, teve viroses próprias da infância e que apresentou na infância, episódio de convulsão, tendo feito EEG que revelou alterações eletroencefalográficas. Fez tratamento com Fenobarbital 100 mg e

Carbamazepina 200 mg até 8 anos de idade. Em 1991 fez novo EEG com resultado normal. Refere que começou a estudar aos 3 anos de idade e chegou a cursar até o 2º ano científico, sem entretanto concluí-lo. Aos 14 anos, passou a usar drogas tendo feito uso de maconha, Arthane e cocaína. Aos 17 anos, fez viagem turística à Europa, mas lá permaneceu durante 4 anos, onde consumia cocaína e heroína injetável.

De volta a Fortaleza, aos 21 anos, passou a apresentar quadros de agressividade quando quebrava utensílios domésticos em sua residência. Em um determinado momento, ameaçou de morte o próprio irmão. O paciente foi consultado por psiquiatra que recomendou sua imediata internação em hospital psiquiátrico. Mas os pais recusaram-se a fazê-la naquele dia. Ao invés disso, decidiram ir com o paciente passar o fim de semana na casa de praia em Icarai.

Paciente relata que em 28/02/1992, estando na casa de praia sentiu-se muito confuso e perturbado por alucinações auditivas. Naquela mesma noite, encontrou o revólver do pai que encontrava-se em um armário e assassinou ambos os pais.

Foi internado no IPGSG em 12/03/1992 por determinação judicial. Em 05/06/1992, fez novo eletroencefalograma (EEG) solicitado pelo médico perito e que não revelou anormalidades no traçado. Em maio de 1998, o laudo solicitado pelo Juiz foi realizado por 2 psiquiatras, chegando à conclusão de que o paciente era portador de Esquizofrenia Paranóide (F 20.0 de acordo com CID-10) diagnóstico confirmado em nova perícia no ano de 2000. Sendo considerado inimputável encontra-se cumprindo Medida de Segurança. Vem fazendo uso de Haloperidol Decanoato 1 amp. via intra-muscular de 15 em 15 dias, além de Haloperidol 5 mg; Prometazina e Levomepromazina 100 mg diariamente.

Em 15/03/2004, o paciente foi por mim atendido e revelou seu desejo de receber alta e voltar ao convívio da sua família. No momento da entrevista apresentava-se calmo e parcialmente orientado no tempo e espaço. Relata que de vez em quando apresenta sintomas como alucinações auditivas.

Representa, enfim, um caso de difícil solução, pois os irmãos, em decorrência do crime contra os pais, não o aceitam e temem que ele volte a apresentar conduta violenta e por isso permanece internado desde 12/03/1992 e com poucas possibilidades de reintegração sócio-familiar.

Caso nº 4

J. N. DE S., 42 anos, agricultor, casado, alfabetizado e incurso no artigo 121.

Segundo dados prestados pela irmã do paciente, o mesmo nasceu de parto normal e apresentou desenvolvimento psicomotor dentro dos padrões da normalidade. Apresentou viroses próprias da infância. Nega passado epilético. Teve baixo rendimento escolar e, quando criança, tinha temperamento difícil e irritadiço. Aos 15 anos, começou a fazer uso abusivo de bebidas alcoólicas e trabalhava como agricultor de forma irregular.

Às vezes, sob o efeito das bebidas, passava até dois dias sem dar notícias, preocupando seus familiares. Em 1982, quando contava 21 anos, passou a usar maconha e comprimidos de Arthane. Passou a apresentar atitudes agressivas em seu meio familiar e confusão mental. Em 29.08.1996, em estado de embriaguez, invadiu a Casa Paroquial da Cidade do Cedro, quebrando utensílios domésticos e reagindo à ordem de prisão, desacatando o sargento PM. Por determinação judicial

foi internado no IPGSG em 04/11/1996 para exame de sanidade mental. Em janeiro de 1997, teve seu laudo concluído e foi diagnosticado como Portador de Transtorno Mental Psicótico pelo uso de álcool e de outras drogas (F19.51 de acordo com CID-10). Após o tratamento, retornou a cidade de Cedro em 10/01/1997 onde permaneceu à disposição da Justiça de sua Comarca. Mas não eu continuidade ao tratamento psiquiátrico voltando a fazer uso de bebidas alcólicas e de drogas ilícitas de forma abusiva.

No dia 22/12/1999, o paciente passou o dia inteiro ingerindo bebidas alcólicas em companhia de seu amigo I.M. de S.. De acordo com outras testemunhas que com eles bebiam, não ocorreu nenhum atrito entre eles. J.N. de S. retirou-se com I.M. de S. na motocicleta de propriedade da vítima. Perto do Sítio Jacu, no Cedro, o paciente mandou a vítima parar a motocicleta e subitamente a executou com um tiro na nuca. Refere que não recorda sobre o que aconteceu, pois estava bebendo e usando drogas há dias. Ao acordar no dia seguinte, foi imediatamente preso pela polícia. Por determinação judicial, foi reinternado no IPGSG sendo novamente diagnosticado como Portador de Transtorno Mental Psicótico por uso de drogas múltiplas. Em 04/04/2001, iniciou a medida de segurança tendo recebido alvará de soltura em 20/11/2003 após ter realizado tratamento psiquiátrico.

Na última consulta realizada, em março de 2003, o paciente encontrava-se calmo, lúcido e globalmente orientado, mantendo-se em tratamento, fazendo uso de Haloperidol 1mg, 1 comprimido à noite; Prometazina 1 comprimido à noite e Levomepromazina 25mg, 1 comprimido à noite, conforme as prescrições médicas. Representa, entretanto, um caso delicado, pois se voltar a usar drogas poderá apresentar transtornos mentais e agressividade.



5 DISCUSSÃO

5.1 Procedência dos pacientes internados no IPGSG

Nestes dados colhidos (Tabela 1) observamos uma incidência de pacientes encaminhados pelos juizes das comarcas do interior do Estado (correspondente a 55,4%). De acordo com os dados sócio-econômicos do CEPAL, sabe-se da maior pobreza existente no nordeste em relação ao sul e sudeste do Brasil; e nos estados nordestinos, o índice de pobreza é bem maior nas regiões rurais que nas urbanas. Assim, evidencia-se juntamente com outros dados que serão discutidos, que estes pacientes procedentes do interior do Estado viviam com suas famílias em estado de exclusão social, parte deles sem receber a assistência médica psiquiátrica que lhes era devida.

Observamos que 18,5% dos pacientes procediam dos presídios da capital e do interior e 19,2% de delegacias de polícia de Fortaleza. Podemos assinalar que estas internações se deveram aos transtornos mentais apresentados entre a população carcerária. As condições de superlotação de delegacias de policia e dos presídios, além de fatores como a violência, contribuem para a ocorrência de transtornos mentais entre a população carcerária. Podemos afirmar que há a necessidade de equipes medicas psiquiátricas nos presídios, o que permitiria melhorar a atenção primaria e secundaria nestas instituições carcerárias.

Por outro lado podemos alertar para o fato de que em grandes cidades como Fortaleza, pacientes portadores de dependência química e em tratamento psiquiátrico, alguns com diversos atendimentos em serviços de saúde mental, vivem

em condições precárias, recorrendo a estratégias de sobrevivência tais como o roubo de toca-fitas de carros, ocupando prédios abandonados e cometendo pequenos delitos. Terminam sendo presos e encarcerados nas delegacias e presídios. Ao apresentarem transtornos agudos provocados pela abstinência, são internados na HCTP pelos juizes das Varas de Execuções Criminais para fins de tratamento.

O universo da população carcerária em nosso estado representa enfim um campo de estudo aberto ao trabalho de pesquisa, no sentido de avaliarmos a incidência de transtornos psiquiátricos, tais como quadros de ansiedade, depressão e suas comorbidades, assim como o índice de transinstitucionalização ocorrido em nosso estado.

5.2 Estado civil dos pacientes

As histórias e os relatos dos pacientes revelavam que os mesmos em sua maioria, já apresentavam transtornos mentais antes de cometerem delitos e uma parte deles fazia tratamento em ambulatórios no interior. Este dado pode ser um indicio de que estes pacientes solteiros teriam dificuldades de desenvolver uma relação estável com pessoas de sexo oposto, ou mesmo, fossem discriminados por serem portadores de enfermidades mentais.

5.3 Grau de instrução

O grau de instrução representa um dos indicativos de exclusão social e, portanto estes dados revelam-se de importância no perfil dos pacientes internados

(Tabela 3). Observamos que o somatório de analfabetismo (35,4%) e indivíduos com 1º grau incompleto (41,5%) perfaz 76,9%. É um indicativo de que estes pacientes, muito deles procedentes de áreas rurais pobres do estado, fazem parte do segmento social que vive em profundo estado de indigência, da mesma forma que centenas de pacientes que são internados nos hospitais psiquiátricos comuns, cujas famílias não têm recursos nem para comprar passagem para visitar o parente enfermo.

Aliás, uma das causas de abandono de pacientes psiquiátricos por suas famílias nos hospitais, é que eles representam um peso econômico insuportável para as famílias, cujos membros tentam sobreviver em atividades de baixa qualificação profissional com sub-salários ou então, como é comum na difícil fase histórica que estamos vivendo, todos seus membros encontram-se desempregados.

Observamos que pacientes com 1º grau completo correspondem a 13,8%, 2º grau incompleto a 3,8%, 2º grau completo 4,6% e universitário incompleto 0,8%. O quadro vai afunilando e ressaltamos o fato de não termos nesta população, nenhum paciente com curso universitário completo. Isto revela um estado em que o baixo nível de escolaridade está intimamente correlacionado com a desqualificação profissional que contribui para a marginalização do paciente e de sua família em um mundo altamente competitivo e globalizado.

5.4 Profissões dos pacientes internados no IPGSG

Estes dados (Tabela 4) vêm complementar a realidade do quadro de exclusão social que caracteriza parcela importante dos pacientes internados, refletindo as condições sociais de suas famílias. Observamos que 28,5% dos pacientes não tinham qualquer qualificação profissional, o que está diretamente

correlacionado com elevados índices de analfabetismo e 1º grau incompleto (76,9%).

Observamos também que entre os pacientes, muitos são procedentes das áreas rurais, havendo uma porcentagem significativa de agricultores (16,2%) cujas famílias tiram sustento na agricultura de subsistência.

Deste universo profissional, avaliamos que 28,5% são pacientes sem nenhuma profissão, 50,7% são de pacientes com precária qualificação profissional e 20,8% dos pacientes (mecânico = 0,8%, metalúrgico = 0,8%, estoquista = 0,8%, auxiliar de enfermagem = 0,8%, vigilante = 1,5%, garçom = 1,5%, eletricitista = 1,5%, policial = 2,3%, comerciário = 2,3%, operário = 3,1%, serviços gerais = 3,1%) contam com uma melhor qualificação profissional.

Estes dados, correlacionados com o grau de instrução e procedência são indicadores do estado de exclusão em que viviam estes pacientes. Ao serem internados, alguns por delitos graves tais como homicídios ou lesão corporal, sofreram um processo de estigmatização determinado pela doença mental de que padeciam; acrescida do estigma da criminalidade. Assim os mesmos encontravam-se envolvidos com suas famílias em um processo de exclusão. A condição social desfavorável representou um fator agravante dos estados psicopatológicos de que foram acometidos com todas as conseqüências que transformaram suas vidas em situações dramáticas de difícil resolução psicossocial.

Rios Leite et al. (2004) em pesquisa realizada no Hospital de Custódia e Tratamento – Salvador (BA), relatam em suas pesquisas que de 338 pacientes internados, 86,4% eram procedentes do interior do Estado; 36,7% eram analfabetos e 56,5% trabalhavam sem carteira assinada antes de sua internação. Tais fatos, segundo eles, são indicadores de que estes pacientes sofreram um processo de

exclusão social agravado pelo fato de que 41,7% dos mesmos não receberam nenhuma assistência psiquiátrica antes dos delitos que cometeram, dados que se assemelham em vários aspectos com os obtidos em nossa pesquisa.

5.5 Diagnósticos prevalentes entre a clientela

Como já relatamos, a Tabela 5, refere-se aos oitenta e um (81) pacientes que se encontram com laudos concluídos ou em fase de conclusão pelos psiquiatras deste hospital. Assinalamos que os diagnósticos são de grande importância no contexto da Psiquiatria Forense e é Taborda (2004, p.65) quem assinala:

O andamento de critérios diagnósticos psiquiátricos objetivam, além de sua enorme importância para o desenvolvimento da ciência por favorecer a pesquisa e a comunicação entre os profissionais de campo, trouxe consequências muito positivas à atividade forense. Por meio deles, o diagnóstico deixa de ser inferencial e necessita ser demonstrado claramente.

Exemplificando: se um perito afirma que alguém está psicótico, precisa provar em que consiste a quebra do juízo da realidade, quais delírios ou alucinações se fazem presentes. (...) o diagnóstico psiquiátrico deve ser um processo fundamentalmente objetivo, lógico, com base em sinais e sintomas claramente perceptíveis, passível de ser entendido e criticado pelo leigo, em vez de dotado de características fantasiosas, mágicas, segundo as quais somente poderá ser formulado por pessoas que entendessem os mistérios da mente e os fenômenos inconscientes.

A partir do diagnóstico psiquiátrico é que se avalia a imputabilidade ou não do indivíduo infrator, determinando-se então o seu destino que poderá ser o período comum ou então o hospital de custódia. Na nossa pesquisa observamos que 28,4% dos pacientes internados padeciam de transtornos esquizofrênicos, o que representa uma porcentagem significativa. Relembramos que a ambivalência é um sintoma muito encontrado na esquizofrenia. O paciente experimenta sentimentos de amor e ódio por uma mesma pessoa, podendo alternar momentos de carinho e de agressividade por seus familiares. A esquizofrenia era caracterizada por Bleuler

(1911) como uma doença que apresentava como sintomas primários: autismo, ambivalência, embotamento do afeto e transtornos da associação do pensamento. Assim, tanto a ambivalência afetiva como alucinações imperativas e idéias delirantes de perseguição podem encontrar-se intimamente ligadas a reações agressivas dos pacientes esquizofrênicos. Isto porque o paciente acredita firmemente em suas idéias persecutórias e acham que suas vidas correm perigo. Jaspers (1913) enfatizava que as idéias delirantes na esquizofrenia são dotadas de convicção extraordinária com que lhes adere a certeza subjetiva incomparável além da impossibilidade do conteúdo.

Temos que assinalar que alguns dos pacientes esquizofrênicos internados no IPGSG apresentam quadros crônicos, agravados pelo abandono de seus familiares, especialmente naqueles casos em que ocorreram delitos e agressões contra os próprios parentes, o que torna muito difícil o processo de reinserção sócio-familiar. Alguns apresentam reagudização com sintomas delirantes-alucinatorios, agressividade e idéias de suicídio durante o período de internação. Nestes casos, tem havido boa resposta terapêutica diante do uso de neurolépticos injetáveis de longa duração, tal como, Haloperidol Decanoato, quando há uma redução dos sintomas alucinatorios e delirantes.

O segundo grupo de enfermidades mais numeroso corresponde aos Transtornos Mentais provocados pelas Dependências Químicas. Assim constatamos 10 casos de pacientes internados por Transtornos Mentais provocados pelo álcool; 3 casos provocados pelo uso abusivo de *Cannabis Satiwa*; 5 casos por transtornos mentais provocados pelo uso de múltiplas drogas; e 3 casos de pacientes com duplo diagnóstico (dependência alcoólica associado a transtorno de personalidade), perfazendo um total de 21 casos (25,9%). Geralmente nestes casos ocorreram

surtos psicóticos transitórios seguidos de comportamentos violentos que provocaram sua internação. São reconhecidas dentro da especialidade, as dificuldades encontradas no tratamento destes pacientes, pois muitos deles não respeitam as prescrições médicas e apresentam constantes recaídas.

O terceiro grupo mais numeroso corresponde às Psicoses Não-Orgânicas de caráter inespecífico que correspondem a 16%, sendo aqueles casos que não satisfazem os critérios para esquizofrenia, consistindo em pacientes com perda de juízo crítico e quadros alucinatorios. Entretanto acreditamos que há necessidade do aperfeiçoamento destas avaliações diagnósticas, reduzindo este índice, tendo em vista que sob tal diagnose, podemos encontrar pacientes com esquizofrenia e outros diagnósticos relevantes.

Os transtornos da personalidade (F60) correspondem a 7 casos (8,6%) que acrescidos de 3 casos com duplo diagnóstico (Transtornos Mentais provocados por uso de álcool e Transtornos de Personalidade), perfazem 10 casos (12,3%). Destes pacientes, 4 casos foram diagnosticados como portadores de Transtorno de Personalidade Anti-social (F60.2); 1 caso de Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável e 2 casos de Transtorno de Personalidade não especificado. Constatamos a presença de 3 pacientes cujos diagnósticos correspondem a Transtorno de Personalidade (F60) associado a Dependência Alcoólica (F10), sendo 2 casos de Personalidades Emocionalmente Instáveis (F60.3 + F10) e 1 caso de Personalidade Anti-social (F60.2 + F10). Ressaltamos nestes casos, o uso abusivo de bebidas alcoólicas seguidos de transtornos mentais que somados aos problemas caracterológicos desencadearam um comportamento criminoso.

Os Transtornos Depressivos (F32) correspondem a 6,2% de nossa amostra sendo importante assinalar que 3 destes casos apresentavam episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos e 2 casos de episódio depressivo grave com sintomas psicóticos. Na amostragem constatamos apenas 1 caso (1,2%) de transtorno afetivo bipolar.

Constatamos por fim 2 casos de retardo mental (F70) e 2 casos de transtorno de identidade sexual (F65.2). Cerca de 3,7% dos examinados foram considerados sãos após o exame pericial e por isso, imputáveis pelos crimes que cometeram, devendo cumprir suas penas nos presídios de origem.

Rios-Leite et al. (2004) revelaram em sua pesquisa no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia, que os diagnósticos prevalentes entre a população internada foram de Esquizofrenia e Transtornos Delirantes (47,2%), dado semelhante ao constatado entre os pacientes internados no IPGSG.

Fragas e Medeiros (2004), em pesquisa realizada no Hospital de Custódia e Tratamento de Pernambuco, constataram como primeira causa de internações naquele nosocômio as enfermidades esquizofrênicas da mesma forma como ocorreu no IPGSG.

Ao avaliarmos os dados estatísticos referentes aos diagnósticos, percebemos a necessidade de realizarmos estudos de casos clínicos, já que estes complementam de forma plenamente satisfatória os dados levantados e representam uma das mais importantes tradições científicas dentro da Clínica Médica.

Assinalamos por fim diante dos quadros dramáticos encontrados nos HCTP que eles às vezes ocorreram pela inexistência de um eficiente serviço de Emergência Psiquiátrico e pelo sucateamento dos hospitais especializados existentes. Salientamos a propósito, que quando a Classificação Internacional de

Doenças (CID-10) e o DSM IV acentuam que a enfermidade mental pode ser um transtorno leve, moderado ou grave e com sintomas psicóticos ou não; isto representa um critério científico mundialmente aceito e não uma metáfora ou força de expressão. Nem a boa intenção de querer diminuir o estigma, justifica o fato de se quererem reduzir as complexas doenças mentais, a um vago conceito de "sofrimento psíquico" que pode ser resolvido com uma dose de aconselhamento feito por uma pessoa leiga bem intencionada. As enfermidades mentais podem desagregar tanto a vida do paciente como a de sua família.

A doença mental grave é estigmatizante da mesma forma como ocorre nos dias de hoje, em enfermidades graves e mutilantes tais como a AIDS, a tuberculose, a epilepsia e a lepra, esta última remontando a época dos acontecimentos bíblicos. E isto, porque toda doença grave carrega consigo um estigma maior ou menor que lhe é inerente. Cabe a nós que trabalhamos na área da saúde, através de campanhas na mídia e exercendo uma prevenção primária, levar esclarecimento à população de forma científica responsável, mas sem nunca ocultar que a doença pode ser de natureza grave. E nos casos de graves enfermidades mentais, dar orientação correta para tais casos, às famílias dos pacientes. Querer subestimar ou ocultar esta realidade, representa omissão e negligência médicas.

Devemos assinalar que a maior causa do estigma é a própria enfermidade mental que pode se manifestar através de comportamentos bizarros, reações agressivas, alucinações auditivas, solilóquios que deixam a própria família alarmada e perplexa, sem saber o que fazer.

O diagnóstico médico é constituído por um conjunto de sinais e sintomas que configuram a patologia; um instrumento científico que sinaliza o tipo de entidade nosológica e aponta para seu tratamento.

Assim o que estigmatiza é a enfermidade em si com seus sintomas; nunca o diagnóstico que representa um importante instrumento para o tratamento eficaz e a reinclusão social. Acredito que o diagnóstico por outro lado possa até diminuir o estigma já que este decorre da ignorância e das crenças mágicas da população leiga, já que é comum a interpretação popular do fenômeno das alucinações e das doenças mentais como manifestações provocadas por espíritos malignos. Esta visão nos remete a Pinel que combateu a visão equivocada, de que a doença mental era provocada por maus espíritos como se acreditava na Idade Média, mostrando que esta é uma afecção com base no cérebro humano, uma “doença de consciência” ele que foi um pioneiro das Neurociências.

5.6 Artigos penais

Observamos no tocante à Tabela 6 que a maioria dos crimes cometidos era de natureza grave, o que acarretou a aplicação de Medida de Segurança pelos juizes com respaldo no CAPUT do artigo 97 do Código Penal Brasileiro que afirma: “Se o agente for inimputável o juiz determinará uma internação (artigo 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”.

Como vemos, existe sempre a possibilidade do indivíduo acometido por doença mental e com delito de menor gravidade, permanecer com sua família sob a condição de que se submeterá a tratamento em regime ambulatorial. Apesar de que hajam críticas sobre a rigidez do Código Penal, observamos pelo contrário, certa flexibilidade em sua aplicação pelos juizes.

Mas invariavelmente, em casos graves em que o paciente apresenta condutas agressivas, que resultaram em homicídio, lesão corporal ou assalto a mão armada, os juizes determinam a aplicação da Medida de Segurança de 1 a 3 anos baseados no resultado do laudo psiquiátrico.

Assinale-se que o exame pericial psiquiátrico é sempre realizado por dois peritos oficiais representa uma peça de grande importância na elucidação da imputabilidade ou não do examinando. Corresponde a um conjunto de procedimentos técnicos que têm como finalidade o esclarecimento de fatos de interesse da Justiça, configurando-se em meio de prova importante para a decisão do juiz, sendo que o perito trabalha na função de auxiliar do juiz.

Morais (1998) acrescenta que o psiquiatra forense pode contribuir com o aprimoramento moral das normas e do tecido social. Ressaltamos a confusão valorativa existente hoje na sociedade e a anomia observada em vastos segmentos da sociedade tendo como resultado a corrupção, a prostituição e o narcotráfico, problemas complexos que crescem a cada dia. Ainda sim de acordo com Moraes, cabe ao psiquiatra em cada laudo ou parecer dentro do contexto ético, a proteção da cidadania do doente mental, atento à sua condição de excluído social; conciliando tal situação com a defesa da coletividade de situações que representam perigo contra a integridade física e a vida do próprio paciente, de seus familiares ou de outras pessoas que com ele convivem.

Desta interação entre a psiquiatria e o direito penal surgiram o Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP) e o Exame de Cessação de Dependência Química que são avaliações prospectivas as quais a partir da condição atual e considerando os fatos do passado, o perito busca estabelecer o risco futuro de que determinado comportamento venha a acontecer.

Com o avanço da psiquiatria surgiram instrumentos padronizados que aumentaram a eficácia da avaliação de risco e segundo Harris e Rice (1997) os instrumentos de avaliação são mais acurados do que o julgamento clínico e podemos citar a escala HCR-20, desenvolvida por Webster et al. (1995), constituída por 20 itens sendo referentes ao passado, a história do examinando, aos itens clínicos da enfermidade e a fatores futuros no gerenciamento de risco, indicando três níveis: risco baixo ou ausente, moderado e alto risco.

Outro instrumento importante é a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) criada por Hare (1991) e validada no Brasil por Morana (2004) de grande utilidade na psiquiatria forense, naqueles casos em que a hipótese diagnóstica principal for Transtorno de Personalidade.

Em nossa amostra (N=81) observamos que os crimes de homicídio (artigo 121) correspondem a 38 casos (46,9%) que quando somados aos 6 pacientes incurso nos artigo 121 combinado com o artigo 129, perfazem um total de 44 casos de homicídio que corresponde a 54,3% da amostra.

Constatamos 15 casos de crimes de lesão corporal (artigo 129) que correspondem a 18,5% da amostra. A maioria dos crimes de homicídio e de lesão corporal foi cometida por pacientes em crise psicótica aguda.

Dados de grande relevância em nossa pesquisa constatam que 24 casos de homicídio (Art. 121) cometidos pelos pacientes atingiram pais, mães ou parentes próximos dos mesmos, equivalendo a 47,7% destes crimes; e que 7 casos de lesão corporal (Art. 129) também atingiram parentes próximos, correspondendo a 46,6% dos casos. São dados que nos fazem refletir sobre os conflitos que surgem nas famílias dos pacientes em crise psicótica. Os familiares ficam confusos diante das reações agressivas dos mesmos, surgindo hesitação e temor de interná-los no hospital psiquiátrico, diante da péssima imagem forjada pela mídia e pelo movimento

antimanicomial. As organizações hospitalares no Brasil transformaram-se em bodes expiatórios do Sistema de Saúde que insiste em sua desestruturação, esquecendo que lhes cabe um papel importante na resolutividade de quadros psicóticos graves e com risco de desdobramentos criminais ou suicídio.

Ao avaliarmos esta situação, constatamos a carência de recursos psiquiátricos em nível preventivo. Os pacientes psiquiátricos e suas famílias tornam-se vítimas desta falta de recursos na área da saúde mental pública. Em Hospitais de Custódia de outros Estados, crimes graves envolvendo figuras parentais são tão freqüentes quanto no IPGSG. Entretanto, os técnicos ligados à reforma psiquiátrica insistem no desmonte dos hospitais psiquiátricos remanescentes, respondendo em parte pela prevenção secundária ao invés de proporcionar uma melhora efetiva destes estabelecimentos. Quem paga a conta são os usuários de baixa renda, suas famílias e centenas de pacientes crônicos internados nos hospitais. A reforma psiquiátrica poderá ser fortalecida na medida em que realize investimentos importantes na prevenção secundária e terciária, tomando mais eficientes tanto os hospitais especializados como os serviços extra-hospitalares e procurando integrá-los e otimizá-los.

Rios Leite et al. (2004), em sua pesquisa abrangendo pacientes internados no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia, relatam que houve também maior prevalência de homicídios (art. 121) e tentativas de homicídios (art. 129) contra parentes e familiares dos mesmos. Estes dados repetem-se na pesquisa de Barros e Medeiros (2004) realizada no Hospital de Custódia e Tratamento de Pernambuco.

Sintomas como delírios persecutórios, alucinações auditivas, ambivalência, e falta de autoconsciência da própria enfermidade, podem estar relacionados a estes delitos, mas sem dúvida são dados que precisam ser

pesquisados sem maior profundidade, já que encontramos poucas referências bibliográficas sobre a correlação entre comportamento violento e psicose.

Outros tipos de delitos de expressão na casuística são o artigo 155 (furto) com 6 casos que correspondem 7,4%; 5 casos no artigo 157 (assalto a mão armada) que correspondem 6,1% e 3 casos de estupro (artigo 213) que correspondem a 3,7% da amostra.

Guitmann (2004) em sua pesquisa realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho – RJ, relata que os delitos mais comuns entre os pacientes internados foram assalto, furto, tentativa de homicídio e homicídio, dados que se assemelham à estatística observada nos artigos penais prevalentes no IPGSG.

Na literatura especializada, há uma tendência a querer se considerar que a incidência de comportamentos violentos entre pacientes esquizofrênicos é a mesma que na população em geral. Estudos mais modernos, entretanto, estão a mostrar outros resultados. Assim é que Swanson et al. (1990) ao realizarem pesquisas em três comunidades norte-americanas, consideraram que o transtorno psiquiátrico pode funcionar como um potencializador do risco de violência e elencaram 4 fatores encontrados em pacientes infratores: gênero masculino, idade jovem, baixa condição socioeconômica e existência de transtorno mental.

Binder (1999), estabeleceu uma conexão entre comportamentos violentos de doentes mentais e práticas criminosas. Seus estudos revelaram uma estatística citada com frequência: 10% de todos os presidiários sofrem de Doenças Mentais. Nos últimos 15 anos, Binder vem desenvolvendo pesquisas e baseado nelas, tem revelado a dificuldade existente em se mensurar níveis de periculosidade ou

violência, uma vez que existem poucos instrumentos padronizados para a mensuração de riscos de comportamentos violentos em pacientes psiquiátricos.

5.7 Casos clínicos

O estudo de casos clínicos reveste-se da maior importância dentro do ensino da prática médica. Neste trabalho onde pretendo mostrar uma visão mais ampla de uma instituição psiquiátrica de custódia e tratamento, considereirei como um de seus pilares, a inclusão de estudo de casos clínicos com suas características psicopatológicas, diagnósticos, tratamentos e desdobramentos jurídicos.

Tais casos são ilustrados em nossa casuística (Caso nº 1, Caso nº 2 e Caso nº 3) com quadros dramáticos, onde um, ou então ambos os progenitores foram assassinados. No Caso nº 1 a família do paciente J. A. T. R. procurou a internação e esta foi recusada por falta de leitos disponíveis. O paciente terminou por cometer parricídio. Assim, um caso psicótico que poderia ter sido resolvido em 30 dias de internação, em um hospital psiquiátrico comum, terminou por acarretar uma internação no IPGSG com Medida de Segurança de 1 a 3 anos de duração, decretada pelo Juiz.

Já no Caso nº 3, o paciente apresentou reação agressiva contra o próprio irmão, mas a família recusou-se a interná-lo de imediato, apesar da indicação clara do psiquiatra neste sentido. O caso terminou com os homicídios de ambos os pais. Assim, a agressividade manifesta de pacientes em crise psicótica não pode ser subestimada pelas famílias e muito menos pelos psiquiatras em virtude das graves consequências que poderão advir, tais como lesões corporais ou homicídios.

Nos casos clínicos nº 2, nº 3 e nº 4, observamos a ocorrência de quadros psicóticos caracterizados por transtornos da sensopercepção, idéias de cunho persecutório e que foram agravados, pois os pacientes não realizavam um tratamento regular e continuado. Os casos nº 2 e nº 3 apresentaram diagnósticos de Esquizofrenia Paranóide agravados pelo uso de álcool e drogas ilícitas, enquanto que o caso nº 4 foi diagnosticado como portador de Transtorno Mental Psicótico por uso de múltiplas drogas.

Identificamos nestes casos pontos comuns com os resultados da relevante pesquisa coordenada por Torrey (1994). Este pesquisador concluiu que existe um subgrupo de pacientes psiquiátricos que apresenta maior risco de comportamento criminoso, representado por aqueles que têm: história pregressa de comportamento violento, uso de drogas ilícitas e a não obediência à prescrição medicamentosa feita pelo psiquiatra.

Salientamos a importância da avaliação criteriosa de casos com as características supra citadas pelas equipes de saúde mental, principalmente quando são casos com antecedentes de comportamento agressivo, tratamento irregular e descontinuado, agravados pelo uso abusivo de drogas e de álcool.

6 CONCLUSÃO

No estudo retrospectivo de avaliação dos dados sócio-demográficos (n=130), verificou-se que parcela significativa da clientela é constituída por pacientes analfabetos (35,4%) e com primeiro grau incompleto (41,5%); assim como por pacientes sem nenhuma profissão (28,5%) ou com precária qualificação profissional (50,7%). Estes dados acrescidos pelos estigmas provocados pela doença mental e pela criminalidade sugerem que estes pacientes terão no futuro, escassas possibilidades de reinserção em um mercado de trabalho altamente competitivo, o que dificultará sua reintegração sócio-familiar.

Na avaliação dos diagnósticos (n=81) constatou-se elevados índices de pacientes portadores de Esquizofrenia, Dependências Químicas, Psicoses Inespecíficas e Transtornos de Personalidade. Ao avaliarmos os artigos penais, observou-se que os crimes de homicídio (artigo 121), corresponderam a 44 casos (54,3%) sendo que 24 destes delitos foram cometidos contra pais ou parentes próximos dos enfermos, acarretando Medidas de Segurança determinadas pelos juizes. Da mesma forma, 7 dos 15 casos de lesão corporal (artigo 129) foram cometidos contra familiares. Estes dados revelam o severo impacto que a doença mental pode provocar no núcleo familiar, acarretando danos de difícil reparação, além de aumentar a rejeição familiar ao paciente, contribuindo por elevar o índice de pacientes crônicos institucionalizados.

No estudo de casos clínicos, observou-se que a eclosão do surto psicótico gera quase sempre perplexidade e dúvidas na família sobre as medidas a serem

tomadas. Este fato acrescido das deficiências encontradas no atendimento psiquiátrico público, podem acarretar danos para os pacientes e seus familiares. Assinalamos diante desta realidade, a necessidade de maiores investimentos públicos permitindo melhoras qualitativas e quantitativas na área da saúde mental, em ações concretas de prevenção primária, secundária e terciária, que irão melhorar o nível da reforma psiquiátrica em nosso país. Em 3 dos 4 casos clínicos estudados, constatou-se a associação de psicoses agudas com uso abusivo de drogas e álcool que precederam o comportamento violento do paciente. Recomenda-se, por isto, em casos com as características relatadas, uma anamnese psiquiátrica criteriosa e procedimentos médicos imediatos, dando-se uma atenção especial para aqueles pacientes psicóticos com antecedentes de comportamento agressivo, tratamento descontinuado e uso concomitante de álcool e drogas ilícitas. Desta forma, poderemos realizar uma efetiva Prevenção Secundária, evitando-se os desdobramentos criminais, tais como os ocorridos entre os pacientes que cumprem Medida de Segurança no IPGSG.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AQUINO, Raimundo Alonso Batista de. **O impacto dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nas internações psiquiátricas em municípios cearenses**, p. 11-14. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

BELLUSCI, Silvia Meireles. **Epidemiologia**. São Paulo: Senac, 1995.

BEGERON, D. C. **Les alternatives en Santé Mentale**, Quebec, Amérique, 1984, p. 18.

BLEULER, E. **Tratado de psiquiatria**. 10.ed. Trad. castelhana de Alfredo Guerra Miralles. Madri: Espasa-Calpe, 1967.

BRASIL. **Código penal**. São Paulo: Editora Saraiva, 2000.

BRASIL, Marco Antônio. Avanços da saúde mental: ética e aplicabilidade. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 8, n. 1, p. 37, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário**, p. 14-23, Brasília, 2002.

BINDER, R. L. Are the mentally ill dangerous? **Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law**, v. 27, p. 189-201, 1999.

BUENO, João Romildo; NARDI, Antonio Egidio. **Diagnostico e tratamento em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Medica e Científica Ltda., 2000.

CASTELLANA, G; MARQUES, J; SACOMANI, E. Perfil dos usuários de drogas submetidos a exame pericial de dependência toxicológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, supl. 2, out. 2004.

CHALUB, Miguel. **Introdução à psicopatologia forense**. Rio de Janeiro: Forense, 1981.

DELGADO, Pedro et. al. Cidadania e loucura. In. COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e loucura**. Rio de Janeiro: Vozes, p. 37, 1987.

DESVIAT, Manuel. **La reforma psiquiátrica**. Ediciones Dor, S. L., Madrid, Espana, 1994, pp. 27-83.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos, e hospícios** (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FÉ, Nilson de Moura. Manicômio judiciário: causas e conseqüências. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 2, n. 1, p. 37, 1998.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FRAGA, D; MEDEIROS, M. B. Perfil epidemiológico do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (PE). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 22, 2004, Salvador, **Sessão de pôsteres**, Associação Brasileira de Psiquiatria, 2004.

GUITMANN, G; SAAD, A. C. Perfil dos pacientes internados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, com delitos relacionados ao uso abusivo de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, supl. 2, p. 94-6, out. 2004.

HARE, R. **The Revised psychopathy checklist**. Toronto: Multy Health Systemns, 1991.

_____. **Manual Escala Hare PCL-R: Critérios para pontuação de psicopatias-revisados**. Versão brasileira: Hilda Morana. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HARRIS; G. T.; RICE; M.E., Risk appraisal and management of violent behavior. **Psychiatric Services**, v.28, p. 1168-1175, 1997.

JASPERS, Karl. **Psicopatologia geral**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1973.

KAPLAN, Harold I.; SADDOCK et. al. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 1997.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OURY, J. 1976 in SOARES, Jorge Marco Aurélio. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental** (Tese de Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1987, p. 117.

_____. **Therapeutique institutionelle**. EMQ. 37930, 10, 10-1972.

RIOS-LEITE, M; MORAES, R; ALVES, C; RABELO, A; PITTA, A. Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador – BA (HCT/BA). Retrato do Louco Infrator. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 22., 2004, Salvador. **Sessão de pôsteres**. Salvador: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2004.

ROTELLI, F. et. al. Desinstitucionalização, Uma outra Via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SAIDE, Oswaldo Luiz. **Psiquiatria e Organização do Estado Brasileiro**. Tese de Mestrado no Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: UERJ, 1980.

SALVIA D. Origenes características y evolucion de la reforma psiquiátrica italiana a partir del ano 1778. **Rev. As. Esp. Neuropsiquiatria**, 1986, 6, 16: pp. 69-85.

SILVA FILHO, João Ferreira da. In. COSTA, Nilson de Rosário. **Cidadania e loucura**. Petrópolis: Vozes, 1987.



SWANSON, J.W. et al. Violence and psychiatric disorder end the community: Evidence from the epidemiologic catchments area surveys. **Hospital and Community Psychiatry**, v. 41, p. 761-770, 1990.

TALBOT, J. A: Care of the chronically mentally ill-still a national disgrace, **American Journal of Psychiatry**, 1979, 136 (5): pp. 688-689.

TABORDA, José G.V.; CHALUB, Miguel; ABDALLA-FILHO, Elias. **Psiquiatria forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TEIXEIRA, M. O. L. D. Do asilo ao hospital-dia: consideração sobre a atenção em psiquiatria e saúde mental. **Saúde em Foco**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 16, p. 3-4, 1997.

TORREY, E. F. Violent behavior by individuals with serious mental illness. **Hospital and Community Psychiatry**, v. 45, p. 653-662, 1994.

WEBSTER; C.D. et al. **HCR-20**: assessing risk for violence, Version 2. Vancouver: Law and Policy Institute, Simon Fraser University, 1997.



ABP
Associação Brasileira de
Psiquiatria

Prêmio Prof. Rubim de Pinho



Conferido pela Associação Brasileira de Psiquiatria ao Dr (a)
JOÃO DUMMAR FILHO

pelo trabalho **UM ESTUDO PSIQUIATRICO FORENSE SOBRE 130 PACIENTES
INTERNADOS EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO.**

Comissão Julgadora: **Alexandre Valença, Miguel Chalub e Kátia Mecler**

Rio de Janeiro, **13** de **outubro** de **200** **4**

Lawalho.

Secretário Geral

Josef

Presidente