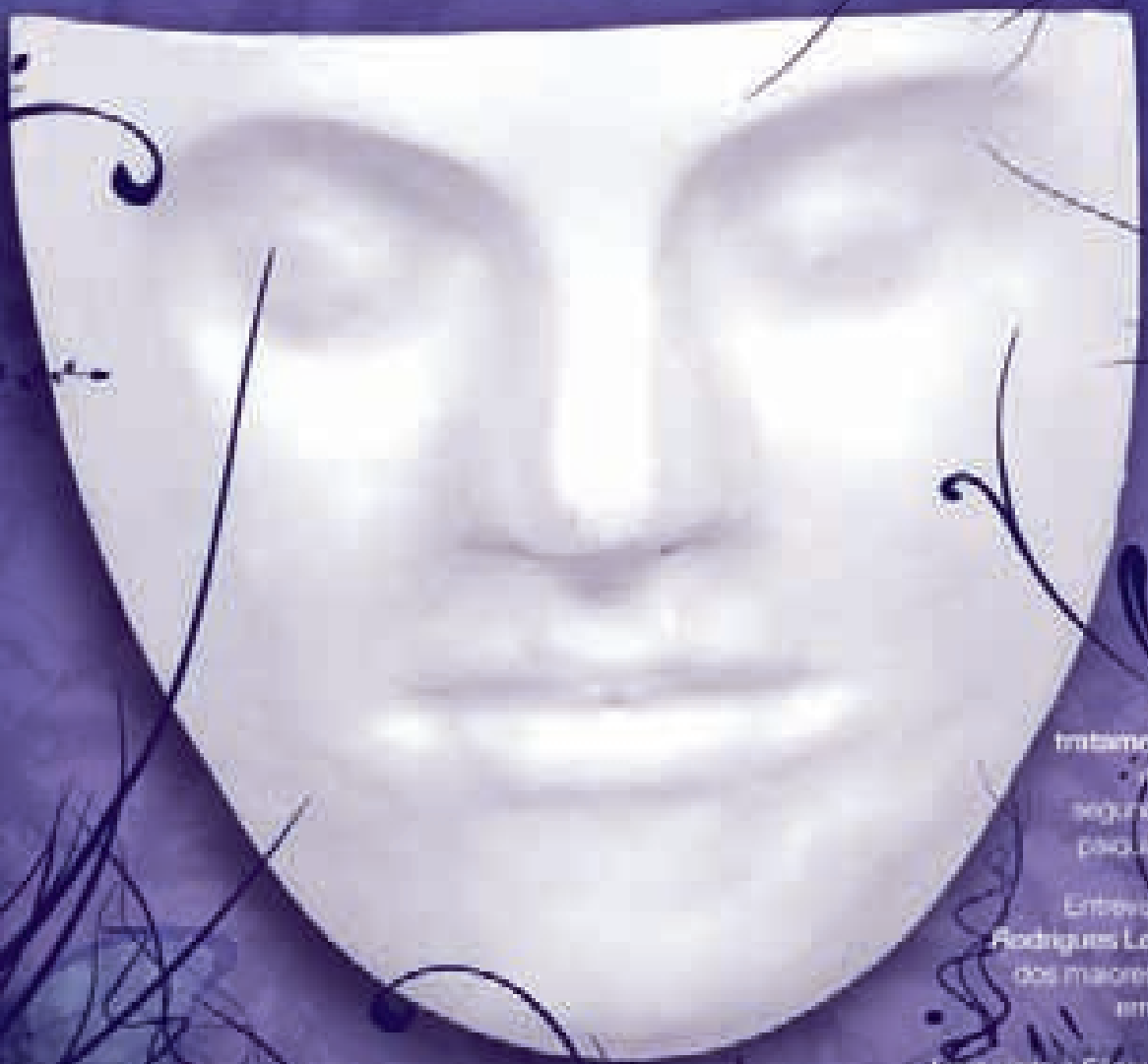
mpd Dialógico

Revista do Movimento do Ministério Público Democrático - Ano IV - 2012

www.mpd.org.br

# Saúde Mental

O cuidado sem preconceito.



Como anda o tratamento da saúde mental no país, segundo psicólogos, psiquiatras e juristas.

Entrevista com Mário Rodrigues Louzã Neto, um dos maiores especialistas em esquizofrenia.

Entrevista a Fátor, entidade que ajuda pessoas com transtorno mental e seus familiares.

Veja as parcerias entre o MPD e a Secretaria da Justiça de São Paulo em prol da cidadania e confira como foi o curso de direito para jornalistas ministrado pelos membros do Movimento

O programa que mostra a
verdadeira novela brasileira.

TV Aberta - Domingos, às 22h30
TV Justiça - Segundas-feiras, às 21h30 - Terças-feiras, às 15h - Quintas-Feiras, às 12h

Trocando Idéias

## SUMÁRIO


EDITORIAL ..... 04

CAPA – SAÚDE MENTAL NO BRASIL ..... 05

MPD ENTREVISTA – TRANSTORNO MENTAL SEM ESTIGMA ..... 08

AÇÃO EM DESTAQUE – O VÔO DA FÊNIX ..... 13

ABRINDO CAMINHOS – TRATANDO DA SAÚDE MENTAL ..... 15

TROCANDO IDÉIAS – NA ERA DA TV DIGITAL ..... 18

EM DISCUSSÃO – AS RAZÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ..... 20

EM DISCUSSÃO – DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA ..... 21

MEMÓRIA DO MP – O PROMOTOR E OS ACESSOS ..... 22

MPD REGISTRA – AS MENSAGENS DOS LEITORES ..... 23

TRIBUNA LIVRE – INTERNAÇÃO DE INIMPUTÁVEIS PERIGOSOS ..... 24

EVENTOS – MPD E SECRETARIA DA JUSTIÇA: PARCERIAS ..... 26

EVENTOS – PROMOTORAS LEGAIS EM TABOÃO DA SERRA ..... 26

EVENTOS – MPD DÁ AULAS A JORNALISTAS ..... 27

EVENTOS – AGENTES DA CIDADANIA, UM APRENDIZADO MÚTUO ..... 27

COM A PALAVRA – OS ESQUECIDOS ..... 28

COM A PALAVRA – MEDIDA DE SEGURANÇA ..... 30

COM A PALAVRA – DOS EMISSÁRIOS DA DIVINDADE À INDÚSTRIA DA LOUCURA ..... 32

MPD RECOMENDA – DICAS DE LIVROS, SITES E FILMES ..... 34

GALERIA – PROMOTORES NO TIMOR - PRIMEIRA PARTE ..... 36

GALERIA – PROMOTORES NO TIMOR - SEGUNDA PARTE ..... 37

HUMOR ..... 38

# QUEBRANDO O SILÊNCIO

"Os doentes mentais são como beija-flores. Nunca pousam. Estão sempre a dois metros do chão", dizia Arthur Bispo do Rosário, interno da Colônia Juliano Moreira (RJ), falecido em 1989, aos 78 anos de idade.

A instabilidade emocional, tão bem definida na frase de Bispo do Rosário, de fato é um dos sintomas que, em conjunto com muitos outros, poderão caracterizar um transtorno mental. É também significativa a anotação do filósofo Hegel quando diz que "a alienação mental não é a perda abstrata da razão (...) (mas) somente contradição na razão que ainda existe".

Nós, os viventes num mundo pós-moderno, temos tido o privilégio de testemunhar os avanços da ciência com relação ao descobrimento dos mistérios contidos no funcionamento do cérebro humano. Todavia, temos de ter a humildade de admitir estarmos a anos-luz da possibilidade de adentrarmos no maravilhoso campo da psique, na formação do pensamento humano. E é nele que se encontra o teorema a ser decifrado pelos cientistas, para que possam efetivamente ajudar as pessoas acometidas de doença mental. Felizmente, os modernos medicamentos e as psicoterapias já nos têm ajudado bastante.

E a ciência do direito tem acompanhado essas descobertas importantíssimas sobre os enigmas do comportamento humano? Qual o quê, diria o poeta. Mas o direito não pode ser petrificado, sob pena de tornar-se opaco. Quem hoje em sã consciência acredita que a aplicação das medidas de segurança previstas no artigo 97 do Código Penal Brasileiro tem eficácia?

Será que o Poder Público – neste caso constituído pelo Judiciário e Ministério Público – tem acompanhado passo a passo a reabilitação e recuperação da saúde mental dos internos em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (antigos manicômios judiciários)? Sim, talvez burocraticamente e sem atenção aos direitos humanos. A própria nova lei de proteção aos portadores de transtornos mentais – 10.216/2001 – sequer menciona os internos por medidas de segurança penal e, no entanto, eles também são portadores de enfermidade mental, igual aos outros não-infratores. São seres humanos.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, há no mundo aproximadamente 400 milhões de pessoas que sofrem de algum transtorno mental. Seguindo esses parâmetros, há no Brasil cerca de 5 milhões de pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e outros 18 milhões que prejudicaram sua saúde mental pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas.

Apesar desses números tão expressivos, os doentes mentais não se constituem em grupos sociais perigosos. Mas o preconceito social com relação a esses doentes faz com que a maioria da população tenha medo deles e os mantenha à distância. Os meios de comunicação social também contribuem muito para esse comportamento, pois produzem verdadeiros espetáculos midiáticos toda vez que uma pessoa acometida de transtorno mental pratica um ato previsto como crime. Os telespectadores, imbuídos de senso comum, mecanicamente generalizam e fazem o preconceito florescer.

As doenças mentais são séria questão de saúde pública e não se resumem a sofrimentos psíquicos de ordem filosófica/psicológica. São patologias complexas, que geram graves distúrbios de comportamento, provocam suicídios, angústias dilacerantes, emoções destrutivas e existem desde que o mundo é mundo, independentemente dos tipos de governos, da opulência ou da miséria, em homens e mulheres, adultos, jovens, idosos ou crianças. Parafraseando o filósofo Nietzsche, a loucura é fenômeno humano, demasiadamente humano.

Ao Ministério Público cabe mover-se em direção aos direitos humanos e estar vigilante na defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis, zelando efetivamente pelo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública.





mpd Dialógico

**DIALÓGICO: DO GREGO DIALOGIKÓS, ADJETIVO. RELATIVO A DIÁLOGO; EM FORMA DE DIÁLOGO; DIALOGAL. PALAVRA DO UNIVERSO VOCABULAR DO MESTRE PAULO FREIRE.**

**REVISTA MPD DIALÓGICO – ANO IV, N. 16**
Tiragem: 5.000 EXEMPLARES
Distribuída gratuitamente

**MOVIMENTO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DEMOCRÁTICO**
Rua Riachuelo, 217 – 5º andar
CEP 01007-000 – Centro – São Paulo – SP
Tel./fax: (11) 3241-4313
www.mpd.org.br
dialógico@mpd.org.br

**CONSELHO EDITORIAL:**
Airton Florentino de Barros; Alexander Martins Matias; Alexandre Marcos Pereira; André Luis Alves de Melo; Anna Trotta Yaryd; Antonio Visconti; Beatriz Lopes de Oliveira; Claudio Barros Silva; Claudionor Mendonça dos Santos; Daniel Serra Azul Guimarães; Denise Elizabeth Herrera Rocha; Ela Wiecko Volkmer de Castilho; Eliana Faleiros Vendramini Carneiro; Estefania Ferrazini Paulin; Francisco Sales de Albuquerque;Inês do Amaral Büschel; Jaqueline Lorenzetti Martinelli; José Antonio Borges Pereira; Juçara Azevedo de Carvalho; Maria Izabel do Amaral Sampaio Castro; Monica Louise de Azevedo; Roberto Livianu; Susana Henriques da Costa; Valderez Deusdedit Abbud; Washington Luiz Lincoln de Assis.

**DIRETORIA**
PRESIDENTE
Roberto Livianu
VICE-PRESIDENTE
Alexander Martins Matias
TESOUREIRA
Anna Trotta Yaryd
PRIMEIRO-SECRETÁRIO
Daniel Serra Azul Guimarães
SEGUNDA-SECRETÁRIA
Beatriz Lopes de Oliveira

**ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO**
Edição: Carolina Stanisci (Mtb 40506)
Estagiário: Diego Cordeiro
Projeto Gráfico e Capa:
Adriano Echeverria - Toro estratégia em comunicação
Diagramação: Lílian de Sá
Ilustrações: Lobo Ilustrador Studio

CTP, Impressão e Acabamento:
imprensaoficial
Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Impresso em dezembro de 2007.

As opiniões expressas nos artigos são da inteira responsabilidade dos autores.

A revista MPD Dialógico é órgão informativo do Movimento do Ministério Público Democrático e tem por objetivo difundir o pensamento jurídico democrático. O MPD é uma entidade não-governamental, sem fins econômicos, de âmbito nacional, formada por membros do Ministério Público, da ativa ou aposentados, que vêem o MP como órgão do Estado cujo único objetivo é a defesa do povo

**FALE CONOSCO**
A sua participação é muito importante para nós.
Mande sua sugestão, crítica ou comentário para:
Movimento do Ministério Público Democrático
Rua Riachuelo, 217, 5 andar - São Paulo - SP - Centro
CEP: 01007-000 - tel./fax: 11 3241 4313
www.mpd.org.br
e-mail: mpd@mpd.org.br

# SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Carolina Stanisci

Até 2002, o Código Civil brasileiro chamava os portadores de transtornos mentais de "loucos de todo o gênero". A expressão foi apagada do novo código em vigor, e a legislação mudou para melhor o tratamento dado a essas pessoas.

A lei 10.216, de 2001, foi a que mais avançou: consagrou como dever de Estado o desenvolvimento de uma política na área de saúde mental. Para saber se essa política existe ou se está apenas no papel, MPD Dialógico conversou com psiquiatras, psicólogos, promotores de Justiça e especialistas em medida de segurança penal.

Constatou-se que o atendimento aos portadores de transtorno mental, infratores ou não, ainda é insuficiente no país, apesar de alguns progressos.

"A implementação dos serviços que dariam efetividade à política em questão vem sido marcada pela ineficiência", afirma Roberto Evangelista, especialista em psicologia hospitalar e jurídica do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

Um bom exemplo fornecido por Evangelista são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Criados para cuidar da saúde mental sem internar o portador em uma instituição, os centros oferecem tratamento terapêutico adequado, em geral ambulatorial. Hoje são 1.153 espalhados pelo país, segundo dados do Ministério da Saúde, e 42 na cidade de São Paulo – um funciona como residência terapêutica, conforme a Secretaria Municipal de Saúde.

Embora adequado, os CAPS não são integrados a outros serviços de saúde pública, como o Programa de Saúde da Família, revela Evangelista. O Ministério Público de São Paulo instaurou inquérito para acompanhar a criação dos equipamentos na cidade de São Paulo.

"Os CAPS são responsáveis por um grande volume de atendimento dos pacientes portadores de transtornos mentais, mas são insuficientes em relação à demanda", afirma Anna Trotta Yaryd, promotora de Justiça do Grupo de Atuação Especial da Saúde Pública do MP-SP, o Gaesp. Para a promotora, o que houve foi uma ação "às avessas": o Movimento Antimanicomial esvaziou hospitais antes que se estruturasse a rede extra-hospitalar.

Um dos alertas que a promotora faz, na seção "Abrindo Caminhos" desta edição, é com relação ao aumento da população sem-teto na cidade. Pessoas que são desinstitucionalizadas, ou seja, que saem dos hospitais psiquiátricos, precisam encontrar uma rede de apoio, como os CAPS e NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial) etc. Se não encontram e não têm mais vínculo familiar, podem virar sem-teto.

Para ter uma idéia da carência de serviços, para pacientes de longa permanência hospitalar, foi regulamentado pelo governo federal, por diversas portarias nos últimos anos, o serviço de residência terapêutica.

A idéia é que o egresso do hospital psiquiátrico, do hospital de custódia ou mesmo o morador de rua possa coabitar com outros ex-pacientes, supervisionado por profissionais. Na cidade de São Paulo, desde 2004 existe apenas uma residência terapêutica, que fica no bairro da Lapa. Lá vivem 8 pessoas, que é o número adequado para o tipo de equipamento.

O Gaesp, que tem promovido inquéritos e ações civis públicas em favor das pessoas com transtorno mental, atualmente está apurando o funcionamento da Unidade Experimental de Saúde da Fundação Casa, no bairro da Vila Maria, em São Paulo.

Construída no ano passado para abrigar 40 adolescentes com transtorno mental que tenham cometido atos infracionais, a unidade está inoperante. "Não há profissionais atuando", diz Anna sobre a unidade que ganhou as páginas dos jornais por abrigar um interno em especial: Champinha.

Vânia Balera, procuradora de Justiça e coordenadora do Centro de Apoio Operacional Cível (CAO Cível) do MP-SP, afirma que a instituição tem trabalhado "para fomentar uma política pública na área de saúde mental".

Segundo Mauro Aranha de Lima, psiquiatra assistente do CAO Cível, "há lacunas que devem ser corrigidas" na área de saúde mental. Uma dessas lacunas é justamente o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos de forma desproporcional em relação à capacidade do sistema em rede de atendimento extra-hospitalar.

O esvaziamento dos hospitais psiquiátricos é uma bandeira do Movimento Antimanicomial, que é contrário à internação, uma vez que ela pode ser cruel, ao transformar as instituições em depósitos de gente. O atendimento extra-hospitalar (CAPS, hospital-dia, residências terapêuticas), por outro lado, não consegue cobrir a abrangência dos casos.

**Casos recorrentes**

Como se vê, há muito trabalho a ser feito, mas o MP paulista vem sistematizando o atendimento aos portadores de transtorno mental, desde o advento da Lei 10.216/01. Pela lei, os Ministérios Públicos estaduais devem ser comunicados de todos os casos de internação involuntária de pessoas com transtorno mental.

Mas apenas neste ano foi implantado um programa, desenvolvido pelo CAO Cível do MP paulista, que informa online todas as internações involuntárias em hospitais públicos e privados da capital.

"Temos de averiguar os casos recorrentes de internação, precisamos saber o porquê disso", diz Vânia. Ela revela denúncias recebidas no CAO Cível de algumas famílias que deixam de medicar o paciente para que ele seja novamente internado em hospital psiquiátrico.

As comunicações ao MP-SP vinham sendo feitas desde 2001, por fax, ou contato telefônico. "Era meio caótico", afirma Vânia. Ainda assim, os dados consolidados apontavam que 5 mil pessoas tinham sido internadas involuntariamente na cidade de São Paulo.

"As políticas públicas não são deficientes por vícios de origem, mas devido à má implantação, administração e falta de transparência na alocação dos recursos", resume Evangelista.

**Pelo Brasil**

Para a presidente da Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa), Sonia Maria Demeda Groissman Piardi, os Ministérios Públicos de todo o Brasil que trabalham na área de saúde mental devem se fixar na fiscalização da aplicação dos recursos advindos da desospitalização de pessoas com transtorno mental.

"Os recursos continuam vindo, mas não são mais repassados", diz. Essa foi uma das conclusões dos membros do MP presentes na XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro deste ano em Brasília. "Diante da velocidade da desospitalização, os portadores de transtorno mental estão em situação difícil."

Sonia ressaltou a atuação do MP de seu estado, Santa Catarina, que recentemente executou um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) contra a prefeitura da cidade de São José, na região metropolitana de Florianópolis. O TAC previa a instalação de CAPS pelo governo municipal, mas a prefeitura não cumpriu o prazo acordado e, portanto, deverá pagar multa de 30 mil reais mensais.

A presidente da Ampasa também lembrou do trabalho exaustivo realizado pelo MP da Bahia, que fez um levantamento das pessoas que viviam na Casa de Custódia de Salvador. "Muitos estavam em situação irregular, pois foram detidos ainda em fase de inquérito", diz Sonia. Ou seja, nem cumpriam a medida de segurança penal – apenas foram detidos e "esquecidos" no local.

Para ela, os MPs ainda têm muito o que fazer na área. "Mas temos conhecimento pleno dos problemas." O MP gaúcho, por exemplo, anunciou em seu site oficial que o Centro de Apoio Operacional de Direitos Humanos enviou ofício aos promotores do estado todo para que agilizassem, junto a prefeituras, a implantação de CAPS.

Já em Belo Horizonte, há uma Promotoria de Saúde Mental. "Até o ano passado, a promotoria era auxiliar da Promotoria de Saúde", conta o seu titular, Bruno Ale-

xander Vieira Soares. Ele conta que assinou no início de novembro um TAC com a prefeitura local para a criação, em 90 dias, de mais um CAPS na cidade, que hoje conta com apenas 8 centros.

Com a prefeitura de Belo Horizonte, também foi tentado um acordo, em relação à Clínica Nossa Senhora de Lurdes, que é particular, mas reserva cerca de 200 dos seus 300 leitos para pacientes vindos do Sistema Único de Saúde.

"Denúncias de maus-tratos nessa clínica chegaram ao nosso conhecimento", conta Soares. Reuniões feitas entre o MP, o governo municipal e os proprietários da clínica não foram bem-sucedidas, e a prefeitura decidiu, mesmo sem acordo, desospitalizar algumas das pessoas que lá estão.

"Vamos acompanhar essa desospitalização", afirma o promotor, que irá mandar uma equipe de três psicólogos, um assistente social e um psiquiatra ao local.

O caso de Belo Horizonte é didático: os pacientes da clínica estão sendo desospitalizados, mas a rede extrahospitalar ainda não é satisfatória, tanto é que o governo municipal está sendo provocado para criar mais Centros de Atenção Psicossocial.

### DE VOLTA PARA CASA

Como parte do programa de ressocialização de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, a lei 10.708, de 2003, criou o programa "De volta para casa". Os cadastrados no projeto recebem um auxílio de R$ 240 mensais. Entretanto, a burocracia para conseguir o cadastramento é tanta, que, em novembro de 2007, apenas 33 pessoas têm acesso ao benefício, segundo levantamento da Secretaria de Saúde municipal.

### CRENÇA NA PSIQUIATRIA

Casos como o de Ademir Oliveira do Rosário, que, durante uma saída autorizada pela Justiça do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Franco da Rocha (SP), acabou cometendo um homicídio na Serra da Cantareira, zona norte da capital paulista, provocam na sociedade o desejo de achar um culpado.

Quem permitiu que um indivíduo que cumpria medida de segurança viesse a cometer um crime? O juiz das execuções criminais? O psiquiatra que emitiu o laudo médico? O promotor que acompanhava o cumprimento da medida de segurança penal?

Para Joe Tennyson Velo, presidente do Conselho Penitenciário do Paraná e membro do IBCCrim, não há um culpado a ser apontado. "O risco de errar é grande", afirma. "É fácil para a pessoa que está internada, dependendo da personalidade, poder simular a falta de periculosidade."

A medida de segurança é aplicada quando uma pessoa com transtorno mental comete um crime e depende de um conceito chamado "periculosidade". O juiz de execução deve decidir, em geral, com base em laudos psiquiátricos.

O problema, diz Velo, é a crença exacerbada que a maioria dos juízes tem na psiquiatria. Para o advogado, falta conhecimento de causa aos operadores do direito em geral, para que sejam "críticos" em relação aos laudos emitidos por psiquiatras. "O laudo é um prognóstico que se faz. É uma projeção, mas a psiquiatria não pode falar categoricamente sobre isso."

# TRANSTORNO MENTAL SEM ESTIGMA

Por Carolina Stanisci

Mário Rodrigues Louzã Neto é um dos maiores especialistas no tratamento de esquizofrênicos à frente do Projesq (Projeto Esquizofrenia), da Faculdade de Medicina da USP. Didático, ele publicou um guia que tem como alvo a família e o próprio portador do transtorno, "Convivendo com a esquizofrenia: um guia para portadores e familiares" (Prestígio Editorial, 2006). Na entrevista abaixo, Louzã fala um pouco sobre o universo das pessoas com transtornos mentais, reconhecendo a melhoria no tratamento dado a elas nas últimas décadas. Mas nem tudo são flores: Louzã reclama que o governo deve estimular por meio de algum "incentivo" a empregabilidade dos portadores de transtorno mental, como fez com as pessoas com deficiência. "Conseguir inserir o portador no mercado de trabalho é o nosso grande desafio." E há muito trabalho pela frente, a julgar pelos números apresentados pelo psiquiatra: "Cerca de 30% da população têm algum problema mental".

**O que é um transtorno mental?**

Não é fácil de responder. A definição ainda é muito difícil. Em parte, porque ainda não conhecemos a causa de muitos transtornos. É muito difícil delimitar claramente um transtorno mental. De modo geral, falamos de transtornos mentais quando há algum tipo de alteração no sistema nervoso central. A gente já admite que os transtornos mentais são disfunções cerebrais cujas manifestações, ao invés de serem físicas, são mentais. A mente é concebida como algo criado pelo cérebro. Quando o cérebro está com algum problema, há sintomas mentais que podem ser ansiedade, depressão, delírio, alucinação, demência.

**A definição passa também pela sintomatologia?**

O princípio geral é o mesmo da medicina. A gente tem o funcionamento normal da mente e, quando há alguma alteração nesse funcionamento num nível de gravidade que começa a prejudicar a pessoa, admite-se que a pessoa tem um transtorno mental.

**Por que "transtorno", e não "doença" mental?**

Existe uma sutileza acadêmica. Usa-se a palavra transtorno porque não sabemos as causas. A palavra doença só é usada quando a causa do problema é conhecida. Padronizou-se dessa forma. É uma tradução do termo *disorder*, em inglês. Nos EUA, não se usa a palavra *disease* [doença], mas desordem. A Organização Mundial da Saúde também adotou esse termo.

**Adotamos a classificação da OMS para os transtornos?**

O Brasil adota a classificação da OMS, que tem um capítulo só para transtornos mentais.

**Quantos transtornos estão listados nessa classificação?**

A classificação é enorme.

**Dez, vinte?**

Cerca de cem transtornos, entre os tipos e os subtipos.

Fotos: Carolina Stanisci

**Louzã diz que deve haver incentivo governamental para a empregabilidade das pessoas com transtorno mental**

**Quais seriam os ramos principais?**

Se você for olhar a classificação, vai ver basicamente três tipos de doenças. Transtornos mentais com uma base orgânica mais bem definida, por exemplo, demências, transtornos mentais secundários causados por álcool e drogas, ou transtornos mentais provocados por uma doença física bem determinada, como a depressão que a retirada da tireóide pode causar. O segundo grupo tem doenças que têm uma base orgânica que não é bem conhecida. Aí entram transtornos esquizofrênicos, transtornos de humor, transtornos ansiosos, obsessivos compulsivos. O terceiro grupo teria os transtornos antigamente chamados de neuróticos, mas hoje em dia não se usa mais esse nome. Ele envolve somatizações, conversões psíquicas, dissociações. Em geral, são os transtornos mentais considerados leves. O problema é que podemos ter uma depressão leve, que entra na segunda categoria.

**Até hoje não foram identificados genes ligados aos transtornos?**

Há, para muitas doenças, muitos genes envolvidos. De modo geral, é pouco provável que as doenças mentais decorram de um gene só. Quase todas elas são uma combinação.

**Para o primeiro tipo de transtorno, a base orgânica está mais bem definida.**

O Alzheimer tem uma base genética. No caso acabam entrando mais fatores ambientais do que genéticos. Admite-se que para as doenças mentais há uma interação entre múltiplos genes e o ambiente e, dependendo da doença, algumas têm um peso genético maior e em outras o ambiente tem mais influência.

**Isso é a o que o sr. se refere em seu livro "Psiquiatria Básica" como endofenótipo?**

Não, endofenótipo é um termo que fica no meio, entre as manifestações clínicas e a base genética ou causal da doença. Em psiquiatria, trabalha-se muito com sintomas, não há como pegar um exame laboratorial e detectar uma doença.

**O diagnóstico dos transtornos mentais é principalmente clínico?**

É um diagnóstico a partir das queixas da pessoa. Você depende muito da entrevista clínica, para a pessoa contar o que está sentindo ou para familiares contarem o que está acontecendo. Temos poucos exames laboratoriais que podem contribuir com alguma coisa. Eles têm um valor muito pequeno de diagnóstico. E, na verdade, os endofenótipos são alguns marcadores que estão sendo pesquisados em termos de possíveis marcadores de uma doença. Em vez de contarmos só com sintomas.

**Que tipo de marcadores são esses?**

Biológicos. Seriam alterações de tomografia, de ressonância, em testes neuropsicológicos.

**Apesar disso, o que pesa mais é a avaliação clínica?**

Hoje pesa mais, 99%, porque isso tudo é pesquisa. A partir das queixas, eu cerco as possibilidades e aí vou esmiuçando até chegar a uma possibilidade.

**A chance de haver algum erro de diagnóstico existe, por exemplo, a pessoa pode mentir, ainda que sem querer.**

Somos treinados para detectar tudo isso. De um modo geral, as pessoas não vêm para mentir. Isso acontece muito mais em nível forense do que em nível clínico. A pessoa chega aqui, conta o que está sentindo do ponto de vista dela, e eu vou saber fazer as perguntas de tal forma que eu pegue as incoerências no relato. Se necessário, peço para os familiares complementarem informações e com isso delimitamos uma doença que é um guarda-chuva de vários subtipos. A gente cerca pelo menos o nome básico da doença e vai tentando esmiuçar para chegar aos subtipos. Esse é o princípio geral, parecido com o princípio da medicina, partir de um sintoma muito geral e ir cercando. A mesma coisa acontece com sintomas psiquiátricos. Dificilmente fazemos diagnóstico com um único sintoma.

**Sobre a esquizofrenia, o sr. afirma em entrevistas e na sua bibliografia que ela se manifesta em determinada idade.**

De modo geral, no adolescente ou no adulto jovem.

**Certa vez, entrevistei uma psiquiatra que disse que ninguém está imune a sofrer um surto em algum momento da vida.**

Você dizer que qualquer pessoa pode ter um surto psicótico é uma coisa, mas dizer que qualquer um pode ter esquizofrenia é outra.

**Qual a diferença?**

É mais ou menos a mesma que coisa que falar de febre e pneumonia. Febre é um sintoma genérico, assim como a psicose. Várias doenças podem se manifestar como uma psicose. E aí é preciso discriminar a causa da psicose. Uma das possíveis causas pode ser a esquizofrenia. Mas a pessoa pode ter usado drogas na véspera, pode ter psicose porque está com tumor cerebral, meningite. Ou tem um transtorno bipolar psicótico. Se a pessoa tem 70, 80 anos, talvez eu pense numa demência que está começando com uma manifestação psicótica.

**Na primeira entrevista é possível determinar qual é o tipo e o subtipo e já medicar a pessoa?**

De um modo geral, sim. A não ser em casos muito complicados. Se quiser, pode pedir um exame para checar alguma coisa. Se uma pessoa chega aqui e me diz que, do nada, estava passeando no shopping center e sentiu falta de ar e palpitação, é pânico. É muito evidente. E eu só vou pensar um pouco: será que essa pessoa teve esse ataque disparado por algum problema físico? Estava com hipertireoidismo e disparou um ataque de pânico por causa disso? Usou droga na véspera e teve um ataque de pânico? A queixa é muito nítida, muito clara, e é fácil fazer um diagnóstico. Se a pessoa chegar e contar uma história que ela acha que o marido a está traindo e que tem toda uma trama em torno, para tentar fazer com que ela seja prejudicada numa determinada circunstância, você às vezes tem dificuldade para saber se aquilo é real ou imaginário.

**Qual a incidência dos transtornos mentais na população brasileira?**

De um modo geral, cerca de 30% têm algum problema mental, desde os mais leves até os mais graves.

**A incidência aumentou recentemente?**

Provavelmente sempre foi mais ou menos assim. O que acontece é que discriminamos cada vez melhor, então aumenta, aparentemente, a prevalência. Esses 30% incluem álcool e drogas, cuja prevalência é muito alta na população geral.

**O sr. quer dizer os transtornos decorrentes de álcool e drogas?**

Abuso, dependência. Isso está dentro dos transtornos mentais. Essa contabilidade envolve também depressão, ansiedade num nível de gravidade tal que prejudica a pessoa e é muito freqüente.

**A ansiedade que prejudica a pessoa faz com que ela deixe de realizar atividades corriqueiras?**

É. Ela pode, por exemplo, ter uma ansiedade que não é localizada ou circunstancial. Independentemente de ela estar trabalhando ou descansando em um sítio, num final de semana, ela está ansiosa. Tem os sintomas físicos: tensão muscular, fadiga.

**Gostaria que o sr. falasse um pouco do seu projeto de esquizofrenia na Faculdade de Medicina da USP, o Projesq.**

É um trabalho voltado para a investigação de pesquisa. Acompanhamos um número "x" de pacientes voluntários, que participam de pesquisas que podem envolver ressonância magnética, estudos de neuropsicologia, tratamentos de medicamentos novos. A gente estuda um conjunto de pessoas e, em geral, faz um comparativo com os ditos sadios. Aí você pode ver se a ressonância magnética no grupo de esquizofrênicos é diferente de em um grupo de normais, ou se um determinado medicamento funciona melhor com esquizofrenia do que outro medicamento.

**Tem-se falado em estimulação eletromagnética transcraniana para tratar transtornos mentais. Não é um retrocesso?**

Até o começo do século 20, não tinha remédio nenhum para tratar dos transtornos mentais. No começo do século 20, começaram a aparecer medicamentos que tinham alguma ação no sistema nervoso central, mas que eram inespecíficos. Ajudavam a sedar a pessoa. Por exemplo, o Gardenal, um remédio super antigo, do começo do século 20, que é usado até hoje, mas com mais restrição. Só foram aparecer remédios específicos para tratar os transtornos mentais a partir da década de 1950. Curiosamente apareceram simultaneamente os antidepressivos, o primeiro estabilizador de humor, que foi o lítio, e os antipsicóticos. Esses foram os três grupos de medicamentos que surgiram mais ou menos na mesma época, provavelmente porque houve uma possibilidade tecnológica. E um pouco depois apareceram também os ansiolíticos. A partir da década de 1950, começamos a ter medicação mais específica para tratar uma boa gama dos transtornos mentais. Isso mudou completamente a maneira de lidar com os transtornos mentais. Nesse meio tempo, continua-se usando o eletrochoque e a eletroconvulsoterapia [ECT], que é da década de 1930 e que continua tendo indicações muito claras e específicas.

**Para quê?**

Depressões graves, em que há risco de suicídio muito grande, quadros que não respondem aos medicamentos, pois eles não têm 100% de eficácia, e isso tem sido feito em condições adequadas, com anestesia. Tem todo um jeito de fazer isso, e o tratamento tem uma eficácia bastante importante. É um armamento que continuamos utilizando.

**E as estimulações...**

A estimulação magnética transcraniana usa princípios da ECT só que, em vez de a estimulação ser elétrica, é magnética, um pulso magnético que atinge o cérebro. Nesse sentido, ela é mais benigna que a ECT porque o sistema de transmissão do estímulo, em vez de ser um choque elétrico, é uma carga magnética, que tem menos efeitos colaterais, que não precisa de anestesia. Chega lá, faz a estimulação e vai embora para casa.

**Isso tem sido aplicado?**

Isso está em pesquisa. Ainda não tem indicações precisas da clínica.

**Pode ser um caminho?**

Eu acho que é um caminho a ser pesquisado, ainda há muitas dúvidas, digamos assim, do grau de eficácia dele.

**Voltando ao seu trabalho no projeto: quais são as grandes descobertas?**

Não sei se podemos falar que fizemos revoluções... Nós temos trabalhos que tentam mostrar alterações neuropsicológicas, trabalhos da parte de farmacologia que são importantes, trabalhos com pacientes que são chamados de refratários, que não respondem aos antipsicóticos.

**É muito grande a incidência de refratários na esquizofrenia?**

Um quarto, mais ou menos.

**Por que o sr. escolheu esquizofrenia? Parece um transtorno mais difícil.**

É uma doença mais desafiadora, complexa. Trabalhar nela é mais complexo. E depende obviamente do momento em que você pega a doença para tratar. No começo é mais fácil do que quando ela já está crônica há anos.

**Crônica? As pessoas não percebem que o familiar está precisando de tratamento?**

Mesmo com o tratamento, é uma doença em que a pessoa tem mais surtos, e não um só. E a cada surto vai piorando. Entram em jogo muitos fatores. Muitas vezes, a pessoa interrompe o tratamento, acha que não precisa mais tomar remédio.

**O sr. tratou pacientes esquizofrênicos que hoje têm vida normal?**

Boa parte deles, apesar de pintarmos um quadro meio escuro, catastrófico, se a doença é descoberta precocemente, se o tratamento dá um acompanhamento tanto medicamentoso quanto de outras abordagens, como psicológica, familiar, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico... O índice de recuperação é muito bom.

**De quanto, mais ou menos?**

Certamente uma boa parte deles se recupera bem para voltar para casa e continua a ter uma vida próxima do normal.

**Existe a possibilidade de recidiva?**

Existe. Por isso o tratamento para esquizofrenia é um tratamento para, praticamente, a vida toda. É um tratamento ininterrupto em termos de medicação.

**A pessoa tem consciência da doença?**

Muitas vezes, não. Ela não consegue fazer esse link entre os sintomas e isso ser uma doença. Essa falta de crítica leva a pessoa a interromper o tratamento. E aí tem um novo surto, e o ciclo começa de novo.

**É um trabalho interminável...**

É preciso monitorar a pessoa o tempo todo. Mas também não é diferente da maioria das doenças.

**Daqueles 30% que o sr. mencionou, quantos são esquizofrênicos?**

Um por cento da população.

**É o índice mais alto entre os transtornos?**

Não, depressão é maior, ansiedade é maior e álcool e drogas é maior. Esquizofrenia talvez venha em quarto ou quinto lugar.

**É melhor ser esquizofrênico do que ser deprimido? Como os médicos vêem isso?**

Nós não pensamos muito assim porque [existe] uma depressão grave e refratária e uma esquizofrenia de bom prognóstico, porque a pessoa tratou legal e evoluiu bem. A gravidade não está vinculada diretamente à doença em si. Mas, se pegarmos uma média, uma pessoa com esquizofrenia tem um prognóstico pior do que uma pessoa com transtorno de pânico. Ou uma pessoa com neurose, apesar de o neurótico às vezes ser trabalhoso de tratar.

**Ultimamente a mídia tem falado muito de transtorno bipolar, e alguns artistas, como Cássia Kiss, afirmaram sofrer com o transtorno.**

Eu não sei se a pessoa que está na mídia e diz que tem, tem. Eu não tenho acesso a essa informação. Mas, de todo modo, o importante é reduzir os estigmas. Reduzir o preconceito. Se uma pessoa for candidata a uma vaga de trabalho e disser que tem esquizofrenia ou transtorno bipolar, ela não vai conseguir o emprego.

**O portador de transtorno não tem, digamos, a cota para o emprego.**

Mesmo que tivesse [uma cota], não sei se não teria o preconceito. Até porque as pessoas têm uma fantasia de que quem tem transtorno mental é o louco varrido, o cara que deita na rua, que faz uma coisa totalmente inesperada, que vai arrancar a roupa. Isso até pode acontecer quando há uma doença mental não tratada, mal tratada ou mal controlada.

**As pessoas com transtorno são acolhidas pelo Estado?**

Acho que não há uma estrutura de atendimento para os transtornos mentais, se pensarmos no Brasil como um todo.

**Vamos falar de São Paulo.**

Se falarmos de cidade de São Paulo, há uma estrutura básica, mas que não dá conta de tudo. Hospital-dia [HD], CAPS [Centro de Atenção Psicossocial], NAPS [Núcleo de Atenção Psicossocial], essas estruturas existem, mas elas não dão conta de todos os pacientes. Se você imaginar São Paulo com, digamos, 11 milhões de habitantes, 110 mil têm esquizofrenia. Desses 110 mil, se pegarmos os 25% mais graves, seriam quase 30 mil. Daí você calcula quantas unidades de atendimento seriam necessárias para dar conta...

**Todas elas precisam do hospital-dia?**

O hospital-dia seria um instrumento terapêutico importante para ajudar na reintegração. Elas não vão passar a vida inteira no hospital-dia. Mas lá você tem a oportunidade de treinar a pessoa para, por exemplo, uma atividade laboral, durante seis meses e um ano. Mas o que acontece é que há uma espécie de círculo vicioso. A pessoa sai do HD e não tem onde dar continuidade e então ela vai para casa.

**E a família, como a trata?**

Quando a família é um pouco mais diferenciada e tem um comércio, põe a pessoa para ajudar. Se não, a pessoa acaba ficando inativa, só fazendo atividades do lar. Mas isso não preenche o dia inteiro. A questão de conseguir inserir o portador no mercado de trabalho é o nosso grande desafio.

**O que o sr. acha que o governo deve fazer em termos de inclusão social dessas pessoas?**

Basicamente, que a mesma lei para deficientes físicos abranja também os portadores de transtorno mental grave.

**Obrigar empresas a ter cotas?**

Eu não sei se tem que ser por cota. Tenho dúvidas de que impor uma cota é interessante. Mas ter incentivo é o mínimo. Qual a vantagem de empregar uma pessoa que vai dar mais trabalho do que uma pessoa sadia? Ou que vai ter limitações de carga horária? Ou com uma produtividade menor do que uma pessoa normal? Do ponto de vista empresarial, é um mau negócio, a não ser que haja algum tipo de contrabalança.

**O sr. acompanhou o caso do homem que estava internado em Franco da Rocha e, ao sair no fim de semana com auto-**

**rização do Estado, matou duas crianças? Esse tipo de crime piora o estigma das pessoas com transtorno mental?**

Isso cria uma situação delicada, porque a tendência das pessoas é achar que todo portador de doenças mentais é um criminoso em potencial. O que não é verdade, muito pelo contrário. Eles até cometem menos crimes do que a população geral. Tem que separar portadores de doença mental que não têm nenhuma história de criminalidade de portadores que passaram de alguma forma pelo sistema penal, que já tinham uma história prévia de criminalidade.

**O que o sr. acha da desinternação progressiva, bandeira do Movimento Antimanicomial?**

Não adianta colocar a pessoa na rua sem ela estar preparada para isso. Tem todo um trabalho de preparação no sentido de que essa pessoa saiba viver novamente em comunidade. Muitas vezes, as pessoas que ficaram internadas décadas não têm família, e agora começam a desmanchar os hospitais. Elas simplesmente saem do manicômio para morar debaixo da ponte. Trinta por cento dos mendigos, da população sem-teto, vão para a rua por causa de transtorno mental, porque são abandonados. É preciso distinguir muito bem, não adianta fechar manicômio e achar que isso não é doença mental. Doença mental não é causada pelo fato de a pessoa estar institucionalizada. Ela está institucionalizada porque ela tinha uma doença mental.

**O sr. tem ressalvas em relação ao movimento?**

Do ponto de vista ideológico, o movimento deixa muito a desejar, pois parte de um princípio falso de que doença mental é basicamente social e que, se resolvermos o problema social e tirarmos a pessoa da instituição, ela irá saber viver sozinha, o que não é verdade. Por outro lado, o problema é que muitos manicômios viraram depósitos, sem nenhuma proposta terapêutica. Por isso não faz sentido mantê-los.

**Tem que encontrar o meio termo?**

Não tem muito que inventar. O que tem que haver é um sistema alternativo, que é caro para instalar, e envolve hospital-dia, pensões protegidas. Porque as pessoas não têm aonde ir, elas precisam de um lar, de todo um trabalho de reintegração. Agora você calcula que, para cada pessoa, é preciso ter no mínimo dois ou três equipamentos e os profissionais para dar essa cobertura durante alguns meses ou anos.

**Isso é viável para o Brasil?**

Não acho inviável. É preciso montar projetos-piloto e, a partir deles, ver qual o melhor sistema e ir fazendo isso de uma forma mais generalizada. Certamente o custo não é astronômico, inviável. Tudo depende de uma questão política.

**Está faltando muita coisa no campo da política...**

No que diz respeito às alternativas para desinstitucionalização, estamos muito carentes. Elas são insuficientes para todas as necessidades que existem.

**As pessoas são desinstitucionalizadas sem esses equipamentos?**

Em boa parte, sim.

**E os transtornos delas pioram?**

Se não pioram, elas têm três direções em que vão parar. Uma é virar sem-teto. A segunda é ir para o sistema prisional, não necessariamente [por ter praticado] um homicídio, pode ser uma coisa mais leve. Um furto qualquer e elas vão para o sistema penal. Uma pequena parcela talvez fique fazendo o que chamamos de "porta giratória", que é o "interna-desinterna-interna-desinterna". Elas não estão mais institucionalizadas, mas passam 40 dias internadas, melhoram e têm alta. Aí vão para o ambulatório, não têm condição de ser acompanhadas, pioram de novo e voltam para a internação. Um ciclo contínuo.

**O sr. é didático em seus livros, como "Convivendo com a Esquizofrenia". Acha importante falar em linguagem acessível?**

Vamos adquirindo experiência em tratar com as pessoas, falar com familiares, e tem algumas coisas que acabam servindo para todos. A idéia desse livro é que os familiares também tenham informações básicas sobre a doença porque eles também ficam muito desorientados. Algumas noções básicas eles precisam ter até para entender o familiar portador de transtorno mental.

**Finalmente, se alguém na minha família está tendo algum comportamento estranho e não sei avaliar, o que eu faço imediatamente?**

Leve-o a um psiquiatra.

**O sr. acha que, em termos gerais, o tratamento para essas pessoas melhorou?**

Brutalmente.

**O que melhorou?**

As pessoas reconhecem mais rapidamente [os transtornos]. Apesar de haver preconceito, elas procuram mais o psiquiatra hoje do que procuravam há 40 anos. A quantidade de medicamentos disponíveis hoje é muito grande, e o resultado, em termos de melhora, é parecido com o que há no resto da medicina. E fomos aprendendo, desenvolvendo métodos de atendimento psicológico que também melhoraram muito. Hoje temos um instrumental bastante bom em termos de conseguir controlar e reintegrar essas pessoas. Isso tem que ser olhado numa escala de tempo que não é de um ano. É de 40, 50 anos. De uma geração para a outra dá para perceber.

**O psiquiatra integra um grupo de estudos sobre esquizofrenia na Faculdade de Medicina da USP, o Projesq**

# O VÔO DA FÊNIX

Diego Cordeiro

Atuar na defesa dos direitos de excluídos é uma tarefa difícil. Defender o direito dos "excluídos dos excluídos", como a promotora de Justiça aposentada Inês Büschel define a situação dos portadores de transtornos mentais, é mais complicado ainda. Foi essa a luta que o Projeto Fênix decidiu encarar no início de 1997.

A idéia de criar a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) surgiu do psiquiatra Marco Antonio Marcolin, da psicóloga e familiar de portador de transtorno mental Olenka Franco e do doutor em educação e também portador de transtorno mental Luiz Barros.

A Fênix se inspirou em experiências internacionais que já usavam o método de auto-ajuda, como o Alcoólicos Anônimos. O objetivo é minar o preconceito, defender os direitos e complementar o tratamento médico dos portadores de transtornos.

Para isso, são formados grupos de auto-ajuda em que familiares e portadores, de forma separada, trocam experiências e fazem leituras de material relacionado a doenças mentais.

A organização é leiga, mas conta com quadros especializados que formam um conselho técnico para dar treinamento e fazer cursos de reciclagem com os coordenadores de grupos – todos eles portadores de transtorno mental.

Hoje, o projeto está presente em cinco estados brasileiros e há previsão de início de um grupo em Portugal no ano que vem. Ao todo, 70 voluntários trabalham para manter 46 grupos que atendem a milhares de pessoas.

Motivada pela vontade de ajudar o irmão esquizofrênico, a assistente social aposentada Olzaneide Carnalheiro está no projeto desde 1997. "A sociedade não tem estrutura para ajudar os portadores, e a família não sabe como lidar bem com eles", revela Olzaneide.

"A primeira dificuldade que enfrentamos foi o preconceito." Olzaneide conta que as pessoas tinham medo de que portadores não poderiam se reunir para conversar "sem que acontecesse uma tragédia". Para a assistente social aposentada, o preconceito contra os portadores de transtorno mental vem da falta de conhecimento.

Fotos: Diego Cordeiro

Olzaneide, na sede da Fênix: uma década de atuação para melhorar a condição dos portadores de transtorno mental

No início, a iniciativa era restrita aos portadores, mas com o passar do tempo surgiram familiares interessados em participar. Como não havia nenhuma metodologia existente, os próprios parentes desenvolveram uma e começaram a formar grupos.

As reuniões são semanais e duram duas horas. Nelas, os portadores e familiares aprendem a reconhecer a sua doença e a lidar com ela. "Nós damos ferramentas para que eles e seus familiares possam 'controlar' a doença", conta Olzaneide.

Outro benefício dos freqüentadores dos grupos é perceber que eles não são os únicos e que não estão sozinhos nessa luta. "Eles aprendem a superar receios, preconceitos, fazem amizades e aprendem sobre a sua condição e a importância de seguir o tratamento médico", diz a coordenadora nacional de grupos.

Para atingir seu objetivo, o Fênix utiliza o método dos "seis passos" desenvolvido pela Schizophrenics Anonymous, organização norte-americana que funciona nos mesmos moldes da brasileira. Eis os passos: 1) Eu admito que preciso de ajuda (passo que ensina a conhecer e a lidar com o transtorno); 2) Eu escolho ficar bem (etapa em que portadores aprendem que as escolhas positivas ajudam a melhorar a qualidade de vida); 3) Eu

acredito que tenho recursos internos que podem me ajudar; 4) Eu perdôo a mim mesmo e aos outros (ensina a não guardar mágoas e a seguir em frente); 5) Eu compreendo (ensina que pensamentos derrotistas só atrapalham); e 6) Eu decido.

Um dos pontos mais trabalhados nas reuniões semanais são os sinais de recaída. "Se eles não dormem duas noites, por exemplo, já acende o sinal vermelho e pedem auxílio", diz Olzaneide. Os principais sinais de recaída são irritabilidade, insônia, ansiedade, mudanças de humor, depressão, manias e delírios.

Outro fator ressaltado nos encontros é a importância de manter o tratamento médico e tomar os remédios regularmente. "Entendemos que o transtorno mental é 'biopsicossocial.'" Por isso, o esforço em complementar o tratamento com medicamentos, psicoterapia e os encontros nos grupos do projeto.

Hoje, Antonio Brito Júnior, 26, coordena um grupo localizado próximo à estação de metrô Praça da Árvore, na zona sul de São Paulo. Ele leva uma vida normal, na medida do possível. A fala articulada e a clareza na hora de contar sua história fazem pensar que Antonio não tem transtorno algum. Mas ele tem esquizofrenia.

A vida de Júnior sofreu sua maior virada em 2003. Ele cursava o último ano de direito na Universidade Mackenzie, quando teve o seu primeiro surto. "Eu participava da Igreja de Jesus dos Últimos Dias, mais conhecidos como mórmons", lembra. A cobrança para seguir os mandamentos da religião, o estresse da faculdade e a o fato de morar sozinho foram o estopim para a crise do estudante.

Após o surto, ele abandonou a faculdade e voltou a morar com a família. "Foi o primeiro passo do tratamento", afirma. No começo de 2004, o jovem foi internado por iniciativa da mãe por dois meses.

"Parecia uma prisão, dava uma angústia muito grande, eu queria voltar para casa." Apesar do sofrimento, a estada na clínica teve resultados positivos. Brito Júnior conta que saiu em melhor estado de lá, porém a preocupação com a faculdade e os mórmons voltou, levando-o a um novo surto.

O estudante teve a dose de medicamentos aumentada, mas não foi o suficiente. Idéias suicidas começaram a surgir na mente de Júnior como forma de escapar do problema.

No fim de 2004, a mãe de Júnior encontrou o Projeto Fênix na internet e sugeriu que o filho comparecesse a um encontro. Com a curiosidade atiçada, o estudante foi checar.

"Expandiu meus horizontes, vi que havia pessoas iguais a mim", conta o coordenador, que começou a reencontrar sua sociabilidade, refazendo laços de amizade.

A partir de então, a vida começou a voltar ao normal. "O Fênix ensina a controlar a doença, a não deixar ela te dominar. Lá é possível perceber outras pessoas tem o mesmo problema, mostra que você não é um pobre coitado e que você pode se recuperar."

Durante os anos de 2005 e 2006 a recuperação foi aumentando. O coordenador passou a fazer ioga, terapia ocupacional e até um curso de inglês: "Tive um bom aproveitamento", diz Júnior, que está tentando retornar à faculdade. Desta vez, para cursar ciências sociais.

No fim do ano, prestará vestibular. "No ano passado, tentei, mas não entrei. Agora estou fazendo cursinho e estou mais confiante", diz. "Foi uma reinserção social, pois eu comecei a lidar com pessoas sem a doença."

O Projeto Fênix ajudou Júnior a reconquistar tudo isso e muito mais. Mas a melhor das coisas que o Fênix poderia ajudar a conquistar tem um nome muito mais bonito: Angélica.

"Eu a conheci no encontro nacional de coordenadores. Ela também é esquizofrênica, além de legal, feminina, vaidosa e inteligente", revela ele sobre a namorada. O próximo passo? Depois de entrar na faculdade, quem sabe, trabalhar com consultoria especializada em mercado de trabalho para doentes mentais.

**Brito Júnior vive agora com maior qualidade de vida após ajuda do Projeto Fênix**

# TRATANDO DA SAÚDE MENTAL

Anna Trotta Yaryd*

Não é fácil respeitar o diferente, aprender com o estranho e tolerar os outros. Na verdade, essas são questões que representam grandes desafios para o gênero humano e para qualquer sociedade que almeja o progresso e o desenvolvimento real.

Durante anos, o que vimos foram soluções mais fáceis, no sentido de segregar aqueles que são diferentes, afastar outros que fogem ao padrão estabelecido, a fim de proteger o conjunto de crenças consolidadas, para a manutenção da situação existente.

Entretanto, em razão de notórios abusos praticados por profissionais da área da saúde mental e, principalmente, porque a internação por tempo indeterminado de pessoas portadoras de transtornos mentais nos manicômios asilares se assemelhava à prática de depositório humano de pessoas indesejadas pela família e pela sociedade, em geral, muitos psiquiatras e a própria sociedade passaram a propor a mudança para um modelo de assistência integral, com ênfase ao atendimento extra-hospitalar e à reabilitação psicossocial.

Verdadeiro marco dessa nova fase, ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana afeta àqueles indivíduos portadores de transtornos mentais, a lei 10.216/01 redireciona o modelo em saúde mental no Brasil.

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

Além disso, estabelece que o tratamento dessas pessoas especiais será primeiro feito por meio de dinâmicas ambulatoriais, sendo a internação excepcionalmente realizada, apenas em caso de efetiva necessidade e diante da gravidade específica, baseada em dados científicos e médicos específicos. E, se involuntária, deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual, pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

Diante do novo modelo de assistência proposto, faz-se necessária a construção de uma rede complexa e integrada de atendimento, na qual o paciente deve ter fácil acesso a: 1) um nível primário de atenção, centralizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos Programas de Saúde da Família (PSF); 2) um nível secundário, dado pelos ambulatórios de especialidade (ASM) e leitos psiquiátricos para internações, preferencialmente breves, em hospital-geral e, quando esgotados os recursos, extrahospitalares; 3) um nível terciário, qual seja, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), compostos por psiquiatras e profissionais especializados, que devem ser capacitados para dar assistência integral e interdisciplinar a pacientes que tendem à cronicidade e à desinserção social.

A criação e a manutenção desse sistema de atenção à saúde mental exigem o funcionamento de uma rede, na qual o paciente encontre acessibilidade e um fluxo que permita o trânsito e permanência no sistema, de forma adequada às suas necessidades. Portanto, essa rede depende da existência de políticas de saúde bem definidas, formação de equipes de atendimento bem preparadas, financiamento e administração eficientes de estrutura física e recursos humanos.

No nosso imenso país, a responsabilidade do tratamento do enfermo mental é do Estado, mas também as instituições especializadas, a família e toda a sociedade podem e devem participar dos tratamentos e da recuperação das pessoas especiais.

A questão que se impõe, contudo, é se o resultado desse movimento de reformulação da assistência, ainda em andamento, tem revertido em serviço de qualidade prestado ao paciente.

Nesse sentido, precisamos todos estar atentos para que os programas sejam implementados de forma rápida e eficiente, sob pena de corrermos o risco de serem repetidas, no Brasil, experiências relatadas em sociedades mais desenvolvidas, em que o número de "sem-teto" aumentou significativamente com a população de pessoas acometidas de transtornos mentais e que, desospitalizadas, não receberam apoio e reinserção na sociedade.

***Promotora de Justiça do estado de São Paulo e membro do Movimento do Ministério Público Democrático.**

A BASF FAZ PARTE DO SEU DIA-A-DIA.
MAS SE A GENTE NÃO MOSTRAR, VOCÊ NEM PERCEBE.

www.basf.com.br
Químicos, Plásticos, Produtos de Performance e Tintas,
Produtos para Agricultura e Nutrição, Petróleo e Gás.

Desenvolvimento sustentável e responsabilidade social. Essa é a fórmula que faz a empresa química líder mundial estar presente do lado de dentro e de fora da sua janela.
Com iniciativas como a do Projeto Cresce, voltada para a educação de jovens de baixa renda, a de recomposição da Mata Ciliar do Rio Paraíba do Sul, com o replantio de 180 mil mudas de cerca de 100 espécies de árvores, e da Fundação Espaço ECO, o primeiro centro de excelência para a ecoeficiência aplicada na América Latina, a BASF contribui fortemente para o desenvolvimento social e ambiental.
Na agricultura, nos plásticos, nos têxteis, nas gerações futuras da família Soares e onde for possível contribuir para que o seu mundo fique ainda melhor.
Essa é a nossa química. A química da vida.
A QUÍMICA DA VIDA.
BASF
The Chemical Company

Roberto Livianu*

**TV JUSTIÇA:**
segunda, às 21h30, terça às 15h
e quinta às 12h00

**TV ABERTA DA CIDADE DE SÃO PAULO:**
domingo às 22h30

Trocando Idéias

# NA ERA DA TV DIGITAL

Foto: Agência Sindical / Ricardo Carelli

**Fernando Mauro Trezza durante o Congresso da ABCCom**

Dois de dezembro deste ano entrou para a história da comunicação brasileira. Foi a data programada para a primeira transmissão da TV digital no Brasil. O Trocando Idéias só tem a ganhar com isso, uma vez que é exibido na TV Aberta, integrante do sistema de canais comunitários.

É o que deseja o presidente licenciado da ABCCom (Associação Brasileira dos Canais Comunitários), Fernando Mauro Trezza. Hoje, os canais comunitários não são exibidos na televisão aberta, mas com a entrada da nova tecnologia espera-se que todos migrem para o sistema aberto. "É a única forma de dar alternativa para os telespectadores", diz Mauro, confiante na melhora da programação televisiva.

Trata-se de uma "briga", conforme explicou o ex-presidente da ABCCom. E uma briga boa, afinal é a democratização da mídia que está em jogo. "As pessoas dizem que o brasileiro gosta de baixaria na televisão, mas esse é o único formato ao qual o povo teve acesso até hoje", revela. O V Congresso da ABCCom, realizado em São Paulo em outubro, tinha nos cartazes o slogan "rumo à TV digital".

Apesar de, no início, a estréia ser restrita a São Paulo, a nova tecnologia tem tudo para mudar a cara da tevê brasileira. O telespectador deixará de ser refém das televisões abertas e aguardará com ansiedade a chegada do novo sistema de transmissão. As novidades prometidas são animadoras: maior qualidade de imagem, programação e conteúdo melhores, interatividade e recepção móvel, fixa e portátil do sinal – como em celulares, por exemplo.

O Trocando Idéias, pautado pela preocupação de ajudar no desenvolvimento do país, é exibido pela TV Justiça, em rede nacional, e pela TV Aberta de São Paulo, pela qual chega atualmente a 650 mil residências e a cerca de 2,6 milhões de pessoas na capital paulista. Se o programa chegar ao sinal aberto, atingirá aproximadamente 8 milhões de pessoas. "Seria um grande avanço na democratização da mídia", diz Mauro.

O Decreto 5820/06, que regulamenta o Sistema Brasileiro de Televisão Digital Terrestre, prevê um prazo de 10 anos para que o sinal analógico saia totalmente do ar. Até lá, o sistema digital será transmitido simultaneamente ao atual. As primeiras cidades a receberem o novo sinal serão as capitais dos estados e o Distrito Federal. Depois, o sinal será expandido para os demais municípios.

A lei também estipula a criação de canais temáticos que poderão ser explorados pelo Poder Público. Canais de cultura, para produções culturais e programas regionais; canal do Poder Executivo, para que as pessoas possam acompanhar os políticos no exercício do poder; canal educacional, para cursos de capacitação de professores e ensino à distância; e canal cidadania, para dar voz a projetos sociais de comunidades locais.

## Trocando Idéias

A desigualdade social pode ser considerada um problema anterior a todos os outros enfrentados pelos brasileiros diariamente. As conseqüências de uma sociedade desequilibrada podem ser sentidas por todos – do mais rico, com medo da violência, ao mais pobre, por sofrer privações muitas vezes desumanas.

O Trocando Idéias exibido em outubro contou com um convidado que teve de enfrentar a principal das dificuldades criadas pela profunda desigualdade social brasileira: a violência. O ex-governador de São Paulo Cláudio Lembo, que exerceu o cargo durante os ataques de facções criminosas em 2006 no estado, conversou com Mirella Consolini no estúdio do programa.

Lembo lembrou a todos que a desigualdade social é estrutural no Brasil. Ele explicou que, desde o começo da colonização do país, havia desigualdade, exemplificada especialmente pela escravidão. "O Brasil foi o penúltimo país a libertar os escravos. Isso é dramático e marcou muito a nossa sociedade, que é hipócrita, e finge não ver as coisas que existem", afirmou o ex-governador.

O êxodo rural, simultâneo ao processo de industrialização do Brasil, foi outro fator que contribuiu com a desigualdade social. Apesar disso, Lembo afirmou que há pontos positivos na migração das pessoas do

Foto: Arquivo do MPD

**Cláudio Lembo conversa com Mirella Consolini no estúdio do Trocando Idéias**

campo para a cidade. "No campo, as pessoas estavam muito espalhadas e subordinadas aos senhores de engenho latifundiários. Na cidade começa a cidadania", disse o ex-governador.

Para a socióloga Maria da Glória Gohn, a desigualdade não diminuiu no Brasil. Para ela, vivemos um novo tipo de desigualdade, impulsionada por mudanças no mundo do trabalho.

"Nós tínhamos uma desigualdade econômica, salarial, pois havia a presença de um Estado regulador de direitos sociais e sindicatos fortes. A partir da década de 1980 esse modelo entrou em declínio e o mundo passou por transformações como a globalização e reformas econômicas e no papel do Estado", afirmou. Para a socióloga, a chamada "sociedade salarial" foi aos poucos sendo substituída por um modelo social individualista, sem direitos assegurados. "A desigualdade deixou de ser salarial e passou a ser de educação, saúde, serviços básicos", resumiu.

O sistema da casa grande e senzala ainda se faz presente no Brasil. Ao menos é no que diz crer Lembo, para quem a desigualdade não vai acabar enquanto a elite "perversa" não abrir mão de seus privilégios. "A dominação esteve sempre presente. Desde a empregada de hoje até a senzala, a história é a mesma. Nós precisamos acabar com esse ciclo maligno na história do Brasil."

*Presidente do MPD e promotor de Justiça.

## PROGRAMAÇÃO

| | |
|---|---|
| **7/10 Monitoramento Eletrônico de Presos e Audiência por Videoconferência (reprise)** | **Carlos Weis**, corregedor-geral da Defensoria Pública de São Paulo; **Tatiana Bicudo**, promotora de Justiça; **Edison Brandão**, juiz de direito; **Luiz Flávio D'Urso**, presidente da OAB-SP |
| **14/10 Desigualdade Social** | **Cláudio Lembo**, ex-governador de São Paulo; **Fausto Junqueira**, promotor de Justiça; **Naércio Aquino Menezes Filho**, economista e prof. da Faculdade de Economia da USP; **Maria da Glória Gohn**, socióloga e professora da Unicamp |
| **21/10 Água** | **Marco Antonio Palermo**, membro da Associação Brasileira de Recursos Hídricos; **José Carlos Mierzwa**, prof. do departamento de Engenharia Hidráulica da Poli (USP); **José Eduardo Ismael Lutti**, promotor de Justiça; **Carlos Bocuhy**, ambientalista |
| **28/10 Direito Sanitário** | **Sueli Gandolfi Dallari**, prof. de direito sanitário da Fac. de Saúde Pública da USP e diretora do Cepedisa; **Delsio Natal**, epidemiologista da USP; **Fernando Aith**, doutor em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP; **Marco Antônio Pereira**, procurador de Justiça do MP do Paraná |
| **4/11 Direito e Arte** | **Roberta Sundfeld**, diretora-executiva da Sociedade Brasileira de Direito Público; **Carlos Meceni**, ator e diretor; **Wilson Tafner**, promotor de Justiça e artista plástico; **Betânia Sensini**, historiadora da arte |
| **11/11 Proclamação da República** | **Humberto Dantas**, cientista político da USP; **Arthur Pinto Filho**, promotor de Justiça; **Roberto Romano**, prof. de ética e filosofia da Unicamp; **André Mota**, prof. do departamento de História da USP |
| **18/11 Saneamento Básico** | **Frederico Lage**, engenheiro civil e prof. colaborador do Dep. de Engenharia Hidráulica e Sanitária da Poli (USP); **Pedro Mancuso**, prof. da Faculdade de Saúde Pública da USP; **Liliane Garcia Ferreira**, promotora de Justiça |

# AS RAZÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Pedro Gabriel Delgado*

A Lei 10.216, ou lei da Reforma Psiquiátrica, completou seis anos. Várias mudanças importantes ocorreram na assistência em saúde mental do SUS nesse período, aprofundando transformações que já haviam se iniciado nos anos 90.

Destaquemos três delas. Primeiro, ocorreu uma redução regular e planejada dos leitos em instituições hospitalares convencionais, permitindo uma reestruturação profunda do componente hospitalar da assistência. Também o perfil dos hospitais se modificou: os antigos macro-hospitais, lugares de abandono, exclusão e violência, com sua maioria de pacientes-moradores, internados *ad vitam*, praticamente não existem mais (perfazem hoje 15% dos leitos). Foram substituídos por hospitais cada vez menores, de até 160 leitos, mais adequados a um tratamento eficaz e humanizado e mais integrados à rede extra-hospitalar de atenção. De 58 mil leitos em 2001, passamos a 39 mil em 2007.

Segundo, ampliou-se radicalmente o leque de ofertas assistenciais, com uma rede diversificada de serviços, cujo centro estratégico é constituído pelos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, encarregados de acolher os pacientes mentais graves de um território de abrangência específico.

Tínhamos 295 CAPS em 2001; hoje são cerca de 1,2 mil. A meta é atingir 2 mil. Os CAPS destinam-se a atender pacientes com transtornos mentais severos (psicoses, neuroses graves, autismo, deficiência mental associada a transtornos de adaptação), em um determinado território, de no máximo 100 mil moradores. Mas eles fazem mais: organizam o sistema assistencial em seu bairro ou cidade, articulando-se com os ambulatórios, centros de convivência, residências terapêuticas (cerca de 70 em 2001; 478 em 2007), prontos-socorros, hospitais gerais (e hospitais psiquiátricos, onde houver), e também com a atenção básica, através do Programa Saúde da Família ou dos centros de saúde.

Nas numerosas cidades com menos de 20 mil habitantes (onde vive 1/5 dos brasileiros), a configuração da rede assistencial não dependerá tanto dos CAPS, mas fortemente da atenção primária, apoiada em equipes de saúde mental de referência (dois ou mais municípios pequenos e vizinhos podem consorciar-se para montar um CAPS intermunicipal). Portanto, o país ampliou o acesso ao tratamento.

Terceiro exemplo de mudança da política de saúde mental. Até 10 anos atrás, os recursos financeiros do SUS eram destinados quase exclusivamente a pagar AIH's (guias) de internação hospitalar. Mais de 90% eram canalizados para os hospitais, sobrando um resíduo para a rede ambulatorial e comunitária. O país era "hospitalocêntrico" e concentrador de recursos, o que limitava dramaticamente o acesso ao tratamento, e banalizava a internação como medida terapêutica.

Quase não existiam ambulatórios. Essa grave distorção da política pública foi se corrigindo gradualmente depois da Lei 10.216, atingindo-se finalmente a virada histórica. No final de 2006, 52% dos gastos totais do SUS em saúde mental foram destinados aos serviços ambulatoriais, contra 48% de componente hospitalar, sem redução dos recursos globais.

Redução dos leitos convencionais, implantação e ampliação da rede de atenção psicossocial na comunidade, inversão do financiamento, privilegiando a atenção comunitária. Esse é o tripé estrutural da mudança do modelo de atenção em saúde mental.

Mas a Reforma é mais que isso. Ela significa uma profunda modificação do lugar social do paciente com transtornos mentais em nosso meio. Se o decreto de 1935 tinha como fulcro a "defesa social" contra a loucura, a nova lei se ancora na promoção e proteção dos direitos dos usuários e familiares. E esse é um processo cultural, implica mudança nas concepções tradicionais da psiquiatria e da justiça em relação ao sofrimento psíquico. E depende muito da mobilização da sociedade e do protagonismo das hoje centenas de associações de pacientes e de familiares ligados aos novos serviços abertos de saúde mental e de um amplo e diversificado movimento social.

Por que substituir o modelo "hospitalocêntrico"? Porque o novo modelo, de atenção comunitária, baseado nos conceitos essenciais de direitos dos usuários e familiares, acolhimento, autonomia possível, rede de atenção, território, clínica ampliada, apresenta vantagens incontestáveis.

Citemos as principais: 1) ampliação do acesso ao tratamento, permitindo enfrentar o imenso desafio da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais (que atingem quase 20% da população, se incluirmos os problemas associados ao consumo nocivo de álcool e outras drogas); 2) promoção e defesa dos direitos humanos dos usuários, assegurando as condições de sua inclusão social (o que não foi, definitivamente, a experiência histórica do sistema "hospitalocêntrico"); 3) qualificação do atendimento, com adequada formação dos recursos humanos, mecanismos de supervisão, inclusão de familiares e os próprios usuários como parceiros do tratamento, desenvolvimento de experiências de geração de renda, integração com a cultura e estímulo às manifestações culturais (o que ajuda a combater o estigma e a exclusão); 4) para o país não se paralisar no mundo arcaico da psiquiatria asilar, adotando as recomendações de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e o Comitê de Direitos Humanos da ONU.

O SUS e a política nacional de saúde mental enfrentam enormes dificuldades. O acesso ao tratamento ainda não está garantido, especialmente em alguns dos grandes municípios, onde o SUS apresenta mais fragilidades. É urgente aumentar a participação dos hospitais gerais no atendimento de casos psiquiátricos. A capacitação em saúde mental dos profissionais da atenção primária ainda precisa ampliar-se para atingir todas as regiões do país.

O financiamento global para a saúde mental, cerca de 2,3% do orçamento do SUS, está aquém das necessidades do subsetor. O caminho ainda é longo, mas o modelo de atenção já mudou. É preciso garantir sua sustentabilidade técnica, política e financeira.

***Mestre em psiquiatria, doutor em medicina preventiva, professor (licenciado) da Faculdade de Medicina da UFRJ. É coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde.**

# DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA

Guido Palomba*

Se alguém cometer um crime e for normal mentalmente, é julgado e lhe é aplicada pena corporal consistente em prisão por determinado número de anos. Terminada a pena, vai para a rua. Se o indivíduo é doente mental e há nexo causal entre a doença e o crime, então o delito não lhe é imputado, e ele é absolvido do crime (pois não é criminoso, é doente).

Como, teoricamente, esse indivíduo tem potencialidade para cometer novos delitos, no lugar da pena corporal, o juiz aplica medida de segurança detentiva, consistente em internação em casa de tratamento psiquiátrico (eufemismo de manicômio judiciário).

Tratado e curado, presume-se que não vai mais cometer crimes, uma vez que delinqüiu por ser doente. Há uma diferença fundamental entre pena corporal e medida de segurança. A primeira termina ao término dos anos ao qual foi apenado, e a segunda somente terminará quando cessar a periculosidade do agente, que é mensurada por exame psiquiátrico-forense ao final do prazo inicial (de um a três anos, estabelecido pelo juiz).

Quando o internado sob regime de medida de segurança detentiva tem a periculosidade diminuída, mas não totalmente cessada, vem a desinternação progressiva, que é um regime semi-aberto, cumprido em manicômio judiciário. Ou seja, o internado não fica o tempo todo dentro da instituição, mas pode sair com a família, passar fins de semana em casa, trabalhar em certos locais especializados: uma alta progressiva.

O primeiro local no Brasil a adotar esse sistema foi o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em 1966, onde permitia-se que alguns internados, sob regime de medida de segurança, deixassem o estabelecimento para passar fins de semana em casa, com os familiares.

Em São Paulo, existe desde 1975 e foi introduzido no antigo manicômio judiciário de São Paulo, hoje denominado Casa de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira de Lima, quando os pacientes com baixa periculosidade eram internados na chamada "coloninha", um pavilhão anexo ao prédio central do manicômio. Os pacientes tinham atividades externas, gozando de certa liberdade.

À época, o manicômio judiciário era a única instituição do gênero que pertencia à Secretaria de Saúde. Em 1985, passou à Secretaria de Justiça, e se inaugurou, oficiosamente, uma colônia de desinternação progressiva, com dezesseis internados.

O regime de desinternação progressiva não existe nas leis brasileiras (nem no Código Penal, nem na Lei de Execução Penal), o que vale dizer, não há lei que preveja "regime semi-aberto" no cumprimento de medida de segurança detentiva. Por ser uma inovação oportuna, recebeu vivas homenagens de peritos, advogados, juízes e membros do Ministério Público e ensejou a prolação, em 9 de junho de 1997, pelo então juiz corregedor dos presídios do estado de São Paulo, Ivo de Almeida, de decisão autorizando o funcionamento desse regime terapêutico no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima, regulamentado, em nível correcional, pela portaria Decrim n. 9, de 2003, por determinação do ilustre juiz Pedro Paulo Ferronato, corregedor dos presídios.

Não há necessidade de lei especial para o regime de desinternação progressiva, pois já existe, desde que o juiz transforme a qualquer tempo a medida de segurança detentiva em restritiva de direitos. Equivaleria ao tratamento ambulatorial, em termos formais.

Não se põe em dúvida a validade desse regime terapêutico, por outro lado, não há como não mencionar que, para que possa dar certo, é fundamental avaliar corretamente o internado que poderá beneficiar-se de tal medida e dispor de equipe multidisciplinar para acompanhá-lo. A desinternação progressiva é ótima se bons forem os profissionais envolvidos.

Por enquanto, a situação é precária. Embora seja pertinente à Secretaria de Justiça, a desinternação envolve médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros. São características hospitalares, remédios, terapias etc., ou seja, é o "apagão da saúde", em seu modelito psiquiátrico-forense.

---

***É psiquiatra forense.**

# O PROMOTOR E OS ACESSOS

Antonio Visconti*

Hugo Nigro Mazzilli é uma das figuras mais importantes do Ministério Público paulista, um dos doutrinadores mais conceituados sobre a instituição e suas modernas áreas de atuação, dono da maior votação (proporcional) dada a um procurador de Justiça nos tempos recentes. Ainda substituto, já se destacava, tendo sido dos primeiros a questionar a possibilidade de a chefia do *Parquet* afastar promotores de feitos em que atuavam – prática comum sempre que passavam a incomodar alguma pessoa poderosa ou influente.

Deve ter sido o único promotor substituto a fazer palestra para grupo de estudos. Também presidiu a Associação Paulista do Ministério Público, em que foi uma das lideranças de grande destaque, tendo contribuído muito para o atual desenho constitucional da instituição. Também integrou, ainda substituto, promotoria especializada em roubos, uma das mais frutuosas experiências de atuação criminal, lamentavelmente abandonada.

Dono de incomum capacidade de trabalho, apaixonado pelos computadores desde que estes se tornaram acessíveis, era incansável elaborador de textos para todas as finalidades, desde campanhas políticas até os documentos mais importantes da luta institucional.

Hoje, porém, este espaço se destina a relatar um episódio pitoresco por ele presenciado durante audiência, no tempo em que representava a instituição, com o brilho habitual, em São Sebastião (SP), promotoria sempre trabalhosa e complicada. A passagem bem ilustra as dificuldades de comunicação entre os letrados e as pessoas de pouca instrução e vocabulário pobre.

Realizava-se uma audiência num processo por um furto sem expressão maior, no qual o réu já confessara a prática do crime ao magistrado. Todavia, uma testemunha era ouvida na instrução, e o defensor dativo passou a novamente questioná-la sobre aspectos pouco relevantes do fato, talvez assim irritando o já irritadiço juiz que presidia o ato.

Indagou da testemunha, um caseiro, sobre detalhes da propriedade em que se dera o crime. Às tantas, perguntou se o réu ali tinha acesso, ao que o caseiro respondeu afirmativamente. Quis saber como tal se dava – se tinha chave da casa, se esta ficava aberta etc. O depoente disse que ninguém entrava na casa, salvo sua esposa, para fazer a limpeza, pois o dono não queria ninguém em seu interior. Novamente, insistiu se, contudo, o acusado tinha acesso e sobreveio nova resposta afirmativa, seguida das outras perguntas sobre como ingressaria na casa, novamente afirmando a testemunha que somente sua esposa nela ingressava e para faxiná-la.

A irritação do magistrado cresceu e, aos gritos, advertiu a testemunha sobre a seriedade do ato e sobre a possibilidade de prendê-la caso não explicasse aquelas contradições, assustando ainda mais aquele homem, que não compreendia a razão daquela atitude do juiz. Hugo se deu conta do que se poderia estar se passando na mente do caseiro e interferiu:

Doutor, não é caso de perguntar se a testemunha sabe o que é acesso?

O juiz se voltou novamente para o depoente e formulou a pergunta, sempre em tom ríspido e elevado. E veio a resposta:

Sei, sim. É isso que o sr. está tendo agora ...

---

***É procurador de Justiça e membro do MPD.**

O Movimento do Ministério Público Democrático agradece as mensagens de: Antonio Salim Curiati, deputado estadual (SP), Claudia Candido, do Grupo de Institutos, Fundações e Empresas (Gife), e Domingos Dissei, vereador (SP), sobre a edição de número 15 de MPD Dialógico (Habitação e Cidadania).

---

# LEIA ABAIXO A LEI N. 10.216, DE 2001*

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

**ARTIGO 1**
Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, (...) e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

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

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

**I)** Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

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

**III)** Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

(...)

**VII)** Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

**VIII)** Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

**IX)** Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

**ARTIGO 3**
É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (...).

**ARTIGO 4**
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.

(...)

**§ 3º)** É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares (...).

(...)

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

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

**I)** Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

**II)** Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

**III)** Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

**ARTIGO 7**
A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.
(...)

**§ 2º)** O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

**ARTIGO 9**
A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.
(...)

**ARTIGO 11**
Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.
(...)

Brasília, 6 de abril de 2001;
180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregorl
José Serra
Roberto Brant

(DOU 9/4/2001)

*Leia a lei na íntegra clicando em: http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Lei10216.htm

# INTERNAÇÃO DE INIMPUTÁVEIS PERIGOSOS

José Mouraz Lopes*

A questão da inimputabilidade versus a perigosidade que sustenta, hoje, um discurso jurídico é algo cerrado e pouco atraente a quem tem que com ele lidar todos os dias. Crimes graves e personalidades perigosas são uma realidade cuja frequência é não só estatística, mas de representação.

As intervenções da Justiça em áreas criminais que envolvam crimes graves e portadores de anomalias psíquicas são socialmente impressivas, mas pouco toleradas e compreendidas. A aplicação prática da matéria relacionada com a perigosidade decorre ainda da questão da inimputabilidade e a conseqüente aplicação de medidas de segurança.

**Medidas de segurança**

O quadro legal português no que diz respeito à aplicação de medidas de segurança de internamento a inimputáveis é claro: a medida só é possível se, para além do cometimento de um fato ilícito típico, por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do fato praticado, houver fundado receio de que o argüido venha a cometer outros fatos da mesma espécie.

É no perigo do prognóstico que se assenta a legitimidade da aplicação de uma medida de segurança, nos termos do artigo 40, nº 3, do Código Penal. Só há aplicação de medidas de segurança se houver perigosidade.

É difícil identificar um conceito único e inequívoco de perigosidade. A lei penal em momento algum a define.

A lei exige ao juiz a realização de um juízo de prognose, assente no "fundado receio de que – o argüido – venha a cometer outros fatos da mesma espécie", conforme se refere no artigo 91, nº 1 do CP.

O juízo de prognose deve ser sujeito aos mecanismos probatórios que qualquer juízo em que se funde uma decisão impõe e que se sustentam na avaliação de uma situação biopsicológica já identificada e catalogada a montante, por meio de juízos clínicos próprios a que acrescem outros requisitos que se entendam necessários para demonstrar essa perigosidade.

Como determinar a "perigosidade" que sustenta o "fundado receio de que venha a cometer outros fatos da mesma espécie"? Importa partir da situação fatual: alguém cometeu um crime previsto e punível como tal na lei.

Uma segunda constatação decorre da identificação do suporte biopsicológico que sustenta a patologia a quem é atribuída a imputação ou responsabilidade do fato ilícito e típico. O diagnóstico clínico é *conditio sine qua non* para a questão da decisão da inimputabilidade. Pela sua diversidade em função da patologia detectada, condiciona todo o percurso da questão da perigosidade.

A avaliação clínica do doente mental consubstancia um juízo científico que se presume "subtraído à livre apreciação do julgador", conforme se refere claramente no artigo 163º do Código de Processo Penal.

Ou seja, sempre que a convicção do julgador divergir do juízo contido no parecer dos peritos, deve aquele fundamentar a sua divergência.

No domínio do juízo clínico, estamos no círculo do saber exclusivo. Mas não excludente.

Daí que o tribunal possa, em qualquer momento antes de emitir o seu juízo, suscitar a realização de perícias diferenciadas e a diferentes peritos.

Para além do juízo clínico, deve ser efetuada prova sobre esse "perigo de cometimento de outros fatos da mesma espécie", que sustenta o juízo normativo de perigosidade.

Esse perigo pode ser percepcionado através da probabilidade da repetição dos fatos, assente num juízo de prognose sobre a freqüência dessa repetição e na brevidade com que se supõe que ocorre, no âmbito de procedimento próprio, judicial, sujeito a regras inequívocas e predefinidas, que assentam nos princípios da legalidade, do contraditório, da defesa e da publicidade.

A execução de uma medida de segurança de internamento cessa quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem.

Será por isso de absoluta relevância efetuar uma monitorização permanente sobre a situação de peri-

gosidade do agente após a decisão judicial que decretou o internamento em estabelecimento adequado.

Também aqui, na concretização do juízo de persistência da perigosidade, há que identificar e densificar três fatores: clínico, fático e jurídico.

Por outro lado, o procedimento que leva à decisão sobre a persistência do juízo de perigosidade não pode também deixar de respeitar princípios fundamentais que sustentam o processo penal, nomeadamente a garantia do exercício do contraditório, através de um procedimento justo, tendo em conta que estão em causa restrições de direitos fundamentais.

Desde logo, na apreciação da manutenção da situação de internamento, é absolutamente essencial a avaliação clínica da patologia.

A patologia diagnosticada no processo que levou à decisão judicial que declarou a inimputabilidade implicou uma intervenção terapêutica efetuada durante o internamento.

É esse controle clínico, que levará a uma avaliação periódica da situação do agente, que deve ser efetuado por quem acompanha a medida de internamento, através de perícia psiquiátrica ou sobre a personalidade do agente, a realizar sempre que possível no próprio estabelecimento onde se encontra o internado.

A persistência do juízo de perigosidade, para além do juízo clínico, assenta-se na verificação de outros pressupostos fáticos. O argüido já foi perigoso quando cometeu os fatos ilícitos que configuram o crime. O argüido pode voltar a cometer os mesmos fatos ilícitos? Em que condições? É previsível que a anomalia psíquica que ainda subsiste possa levá-lo a cometer novos fatos? Em que condições? No decurso do internamento, foi tentada uma aproximação à liberdade? Em que circunstâncias? Existe uma rede social de suporte ao argüido em liberdade? É possível o controle da situação clínica com mecanismos não-institucionais? Em que condições?

Toda essa situação fática deve ser trazida ao conhecimento do tribunal para ser objeto de análise ponderada.

A apreciação jurisdicional, contraditória, do conjunto de fatos referidos, através de uma avaliação global da interconexão entre a evolução da patologia e as demais circunstância fáticas referidas, vai permitir uma conclusão sobre o juízo de persistência da perigosidade no comportamento futuro do argüido.

O conflito entre a liberdade futura do agente e a socialização do mesmo, em segurança, na sociedade impõe sempre uma decisão jurisdicional.

O fundamento da medida de segurança de internamento assenta em primeiro lugar no princípio da necessidade. Se as causas que originaram essa medida de segurança de internamento cessam, não há qualquer fundamento para continuar a manter-se a medida.

A cessão dessas causas pode ocorrer, dir-se-á, no "dia seguinte" ao do decretamento da medida: "o internamento finda quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem", conforme se pode ver no artigo 92, nº 1, do Código Penal.

O Código Penal estabeleceu, no nº 2 do artigo 92, a fixação de um limite mínimo da medida de segurança nas situações excepcionais em que o fato praticável corresponde a crime contra as pessoas ou crime de perigo comum punível com pena de prisão superior a 5 anos.

Assim, fora dos casos especificamente referidos no artigo 92, nº 2, não há que fixar qualquer limite mínimo à medida de segurança decretada, sendo sempre o tribunal que terá, avaliados os pressupostos da situação, de verificar o estado de perigosidade e fazer cessar, quando necessário, a medida.

---

*** Juiz no Tribunal de Círculo da Figueira da Foz, em Portugal, e diretor da revista "Julgar", da Associação Sindical dos Juízes Portugueses.**

## MPD E SECRETARIA DA JUSTIÇA: PARCERIAS

Foi assinado em 29/10 um Protocolo de Intenções entre a Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, a Secretaria dos Negócios da Segurança Pública, a Secretaria da Educação, a Defensoria Pública (órgãos do governo estadual de São Paulo), a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, a Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente, a Secretaria Especial para Participação e Parceria, a Secretaria de Negócios Jurídicos, a Comissão Municipal dos Direitos Humanos (do governo municipal de São Paulo), o MPD, o Instituto Sou da Paz e o Centro Brasileiro de Estudos e Pesquisas Judiciais (entidades da sociedade civil), com o objetivo de desenvolver projetos para a implantação da mediação como forma de resolução de conflitos na cidade de São Paulo.

Foto: Leonardo Tote/Secretaria de Justiça

**Pela cultura da paz: protocolo é assinado na Secretaria da Justiça em São Paulo**

A proposta surgiu das discussões no contexto do programa "São Paulo em Paz", coordenado pela Polícia Militar de São Paulo e pelo Sou da Paz. A idéia de convocar tantas entidades governamentais e civis para participar do projeto parte do pressuposto de que "a cultura de paz, a segurança pública e a prevenção da violência são responsabilidade de diferentes instâncias governamentais, da comunidade e da sociedade civil", como está grafado no Protocolo.

A iniciativa teve como meta inicial realizar um curso de formação de mediadores nas regiões do Grajaú, Brasilândia e Lajeado, na periferia paulistana. O curso, para 80 pessoas, terá três módulos e será realizado entre novembro deste ano e março de 2008 – totalizando 90 horas-aula. A mediação permite, por exemplo, que brigas em vizinhança sejam solucionadas sem passar pelo Judiciário.

Marco Aurélio Chagas Martorelli, assessor da Secretaria da Justiça e Defesa da Cidadania, afirma que o MPD foi chamado a participar por conta "de sua experiência em cursos nesses moldes". O mediador ideal, diz Martorelli, não deve ser advogado e deve trabalhar como voluntário.

Outro projeto da Secretaria da Justiça e Defesa da Cidadania no qual o MPD foi convidado a se engajar é o Comitê Estadual de Educação em Direitos Humanos.

Lançado oficialmente em dezembro, durante o simpósio "Formação Escolar e Esfera Pública", na Faculdade de Educação da USP, o comitê deve monitorar a execução do Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos – elaborado em 2006 pelo Ministério da Educação e pela Secretaria Nacional de Direitos Humanos.

Entre as iniciativas do comitê para cumprir o monitoramento do plano em relação à educação, estão aulas para professores da rede pública. Outros eixos do Plano Nacional relativos à educação: Educação Formal e Informal; Educação Básica; Educação Superior; Mídia; e Profissionais de Justiça e Segurança.

## PROMOTORAS LEGAIS EM TABOÃO DA SERRA

O V Encontro Estadual de Promotoras Legais Populares (PLP), realizado em Taboão da Serra (SP), em 20/10, reuniu mais de 200 mulheres formadas pela iniciativa. Parceria entre o Movimento do Ministério Público Democrático, o MPD, a ONG União de Mulheres e o Instituto Brasileiro de Advocacia Pública, o Ibap, o PLP é um curso de duração de um ano que capacita mulheres para que elas conheçam e saibam como reivindicar os seus direitos. Em Taboão, as promotoras, vindas de cidades do estado de São Paulo, da Bahia e até da Bolívia, se reuniram para discutir se a Lei Maria da Penha tem sido aplicada Brasil afora. O PLP existe há 14 anos e já formou cerca de 3,5 mil mulheres.

## MPD DÁ AULAS A JORNALISTAS

Entre novembro e dezembro de 2007, cerca de 30 jornalistas participaram do curso "Introdução ao Direito para Jornalistas", uma parceria entre o MPD e a Associação Brasileira de Jornalismo Investigativo (Abraji). Foram cinco aulas semanais ministradas, em sua maioria, pelos promotores e procuradores de Justiça membros do MPD. O principal objetivo do curso, que foi realizado na sede do MPD em São Paulo, foi ensinar aos jornalistas o vocabulário da área e mostrar, em linhas gerais, como a Justiça brasileira funciona.

Assim, os alunos – vindos de jornais como "O Estado de S.Paulo", "Folha de S.Paulo", "Valor", da revista "Época", TV Globo, TV Record, TV Cultura, Rádio CBN, entre outros veículos da grande imprensa – aprenderam como um processo penal começa, quais são os personagens da Justiça brasileira. E puderam entender, afinal, qual é a diferença e onde trabalham o procurador do Estado, o procurador de Justiça e o procurador da República.

Para Roberto Livianu, presidente do MPD, a "aproximação com a imprensa é importante na medida em que os jornalistas, além de aprender um pouco mais sobre o universo jurídico, ficam conhecendo uma visão mais humanística do direito, que é a visão do MPD".

**Repercussão**

"O curso não somente ofereceu o instrumental para entender o jargão jurídico e os meandros da Justiça, mas possibilitou contato com profissionais do direito que têm um desejo de ampliar o acesso democrático à Justiça, e isso é muito bacana", afirmou Laila Abou Mahmoud, repórter da Época Online.

"Hoje trabalho com economia, mas já havia feito matérias sobre a Justiça e quis relembrar os termos e tudo mais. Ter contato com promotores e procuradores me deu idéias para novas pautas, e o curso cumpriu as minhas expectativas", disse Roger Marzochi, da Agência Estado.

Foto: Arquivo do MPD

**Roberto Livianu, presidente do MPD, durante o curso de direito**

**Veja abaixo a grade de programação do curso:**

**06/11**
**Temas:** A ciência do direito: missão, ramos, a lei e outras fontes
**Professores:** Airton Florentino de Barros, procurador de Justiça membro do MPD; Inês Büschel, promotora de Justiça aposentada e membro do MPD.

**13/11**
**Temas:** Processo civil e processo penal, direito civil e direito penal, a realidade do processo
**Professores:** Alexandre Marcos Pereira, promotor de Justiça e membro do MPD; Roberto Livianu, promotor de Justiça e presidente do MPD.

**21/11**
**Temas:** Instituições do Direito, jargões jurídicos, personagens do sistema de Justiça
**Professores:** Anna Trotta Yaryd, promotora de Justiça e membro do MPD; Eliana Vendramini Carneiro, promotora de Justiça e membro do MPD

**27/11**
**Temas:** Direito Constitucional e administrativo; patrimônio público e improbidade administrativa; liberdade de expressão; direito à intimidade e à imagem e interceptação telefônica
**Professores:** Daniel Serra Azul Guimarães, promotor de Justiça e membro do MPD; Pedro Serrano, advogado.

**04/12**
**Temas:** Visão geral de direitos difusos e coletivos; ação civil pública e inquérito civil; proteção do meio ambiente, da pessoa com deficiência; infância e juventude e idosos
**Professores:** Beatriz Lopes de Oliveira, promotora de Justiça e membro do MPD; Maria Izabel do Amaral Sampaio Castro, promotora de Justiça e membro do MPD; Susana Henriques da Costa, promotora de Justiça e membro do MPD.

## AGENTES DA CIDADANIA, UM APRENDIZADO MÚTUO

Foi encerrado em 24/11 o curso "Agentes da Cidadania". Parceria entre o MPD e a Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo, o curso compreendeu 10 aulas ao total, ministradas aos sábados aos freqüentadores do Centro de Integração da Cidadania (CIC) Norte, no Jaçanã, em São Paulo.

As aulas versaram sobre direito à saúde, direitos políticos e direitos do consumidor, entre outros temas da Constituição Federal. "Tudo que eu absorvi no curso tentei aplicar na prática, na comunidade", afirmou Arlindo Marcelino de Souza, vigilante do CIC Norte e aluno do curso.

"Houve uma troca muito grande na aula. A gente ensinou cidadania e aprendeu cidadania com as dificuldades que eles enfrentam", afirmou Estefania Ferrazini Paulin, promotora e membro do MPD.

# OS ESQUECIDOS

Carmen Silvia de Moraes Barros*

O Núcleo de Situação Carcerária da Defensoria Pública do Estado de São Paulo propôs ação civil pública contra o Estado de São Paulo, em defesa dos interesses de inimputáveis autores de crimes aos quais foi imposta, por decisão judicial, medida de segurança de internação e, no entanto, estão presos em situação de absoluta ilegalidade.

Com essa realidade vexatória, o estado de São Paulo convive há anos. A falta de conhecimento e de interesse em dar encaminhamento mínimo ao assunto pode ser atribuída ao fato de que os titulares do direito não têm voz, nem representação. Tratados como párias, ninguém sabe que existem. Essa espécie invisível não foi alcançada pelo movimento antimanicomial e nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico do estado vige a institucionalização (longa) como regra, apesar das políticas públicas adotadas em todo o país visando à desinstitucionalização dos transtornados mentais.

O estado de São Paulo contava, em 1993, com cerca de 50 presídios e duas casas de custódia e tratamento psiquiátrico: três unidades hospitalares – duas na Casa de Custódia de Franco da Rocha e uma em Taubaté. Em 2007, são 144 presídios e as mesmas duas casas de custódia e tratamento.

Essa realidade acarretou a chamada "lista de espera da medida de segurança", vergonhoso rol que consiste em colocar por ordem de "chegada" os doentes mentais que devem ser incluídos em regime de internação em um dos hospitais de custódia. Nessa lista estão transtornados mentais que aguardam presos a transferência que, anote-se, pode demorar anos para os hospitais. Hospitais esses onde deveriam estar desde o momento em que foi constatado que se trata de doentes, aos quais não se impõe pena e, sim, tratamento para controle da doença. Essa "lista", na qual diariamente novos nomes são incluídos, contava em janeiro de 2007 com 691 doentes mentais, dos quais 223 estavam presos.

São seres humanos vivendo e sendo tratados em condições desumanas, alojados em local completamente inadequado ao seu quadro, sem tratamento apropriado, quando não, costumeiramente!, sem qualquer espécie de tratamento.

Com relação à segregação de transtornados mentais, cumpre anotar que não se desconhece que a desinstitucionalização é a regra na psiquiatria moderna: "A década de 1960 caracterizou-se pelo modelo assistencial de internação hospitalar em psiquiatria. Mas já na década de setenta tínhamos no país incentivadores da psiquiatria com modelo mais abrangente, de desinstitucionalização (...). A lei 10.216/01 apresentou enorme avanço no que diz respeito à mudança do eixo do tratamento baseado na internação para um modelo de tratamento comunitário, efetivado por equipe multiprofissional" (Itiro Shirakawa e Eliana C. Gonçalves. "Ética e Psiquiatria").

Tampouco se desconhece que nos hospitais de custódia, muitas vezes o tratamento é anacrônico, sem acesso à medicação adequada, a métodos terapêuticos modernos, em que pese, em contrapartida, a crescente queda do número de leitos psiquiátricos em todo o país. No entanto, há que se ter em mente que, embora transtornos mentais ainda sejam incuráveis, na grande maioria dos casos, com tratamento adequado, medicamento de última geração, acompanhamento profissional competente, são controláveis. O que por si justifica, diante da realidade posta, a impropriedade extrema da manutenção desses seres humanos em presídios.

Não deixa, entretanto, de ser paradoxal a situação: assim como inadmissível a manutenção de transtornados presos, a proposta de construção de novo hospital de custódia no Estado, ante a política antimanicomial que vem sendo adotada no sistema de saúde do país, caminha contra o movimento histórico.

Não obstante, a realidade de São Paulo, de convivência há anos com essa malfadada lista de espera, com doentes mentais mantidos presos em presídios, está a requerer a destinação de local apropriado para esses doentes. A construção ou destinação de local já existente, com a devida adaptação, para os acometidos de transtorno mental, pode posteriormente, voltar-se, por exemplo, a hospital-dia para os que precisam de acompanhamento médico etc. durante o ano de desinternação condicional; a hospital-noite, para os que podem sair durante o dia para trabalhar; e até mesmo a casas de transição, para os que têm a periculosidade cessada, mas não têm apoio familiar (experiências já existentes em alguns estados da Federação). Isso pode acontecer quando o movimento de desinstitucionalização chegar por completo ao sistema penitenciário.

O fato é que a malfadada lista que existe há anos e é alimentada diariamente não pode continuar a existir, pois fere os mais básicos direitos do ser humano. No caso, do custodiado sob responsabilidade exclusiva do Estado. Indubitável que a manutenção de transtornados mentais em presídios, ou seja lá em que forma de prisão for, configura afronta à dignidade da pessoa humana, princípio fundante do Estado Democrático de Direito e da República Federativa do Brasil, nos termos do art. 1º, caput e inciso III da Constituição Federal.

Tratando-se de afronta a princípio fundante, configura-se afronta à própria forma-estado escolhida pelo país em sua Constituição. Assim, a manutenção de pessoas que, por serem doentes, deveriam estar sendo tratadas e, no entanto, estão sendo em concreto punidas é inaceitável. Coloca em risco sua incolumidade e atenta contra a própria vida. A inadequação do estabelecimento onde se encontram configura tratamento desumano, degradante, imposição de pena cruel.

E mais, as Regras Mínimas das Organizações das Nações Unidas para o Tratamento do Preso determinam, no item 82.1, que os alienados não deverão ser recolhidos a prisões. Serão tomadas medidas, logo que possível relativamente à transferência deles para estabelecimento destinados a enfermos mentais.

Mais recentemente, a Lei n. 10.216/01 dispôs sobre a proteção e os direitos dos transtornados mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, tendo em vista a evolução do conceito e tratamento de transtorno mental. Preocupa-se essa lei com a internação, estabelecendo que ela só se dará se os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Em razão da sua vigência, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária editou a Resolução n. 05/2004, que dispõe a respeito das Diretrizes para o Cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as às previsões legais: "(...) 3. O internado deverá ter acesso ao melhor tratamento consentâneo às suas necessidades, da mesma qualidade e padrão dos oferecidos ao restante da população. (...) 5. A medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado de modo a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc. (...) 8. Nos Estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico os pacientes deverão ser tratados na rede SUS".

Em que pesem todas as providências legais, no estado de São Paulo continuam sendo mantidas presas dezenas de pessoas com transtornos mentais, sem qualquer tipo de tratamento, em uma verdadeira armadilha, da qual não nos livraremos enquanto tivermos categorias de esquecidos, excluídos, intocáveis...

***É defensora pública e coordenadora do Núcleo de Situação Carcerária, em São Paulo.**

# MEDIDA DE SEGURANÇA

Paulo Rogério Bastos Costa*

Este artigo trata da aplicação das medidas de segurança na prática, prescindindo, assim, da abordagem teórica, que se pressupõe conhecida em suas linhas gerais. Como ponto de partida, podem-se traçar duas formas de aplicação da medida de segurança: a internação e o tratamento ambulatorial, sendo que este artigo deter-se-á mais na primeira modalidade.

**Na prática, verifica-se que a medida de segurança consistente em internação converte-se numa espécie de cumprimento de "regime fechado" (...) em conseqüência da falta de vagas para a aplicação da internação em hospital apropriado para tanto.**

A reforma do Código Penal ocorrida em 1984 teria abolido do sistema brasileiro o denominado sistema do "duplo binário", de forma que o agente considerado inimputável por doença mental só estaria sujeito à medida de segurança, sem estar sujeito a cumprimento de pena. Serão então indicados por tópicos os principais aspectos práticos dessas medidas.

**Inimputável por doença mental**

O inimputável por doença mental sujeito à internação, ou seja, quando a sentença no processo de conhecimento impõe a necessidade de internação, já deveria desde o início ser internado em hospital próprio, mas isso não ocorre em virtude do reduzido número de vagas em hospital apropriado, levando cerca de três anos, aproximadamente, para se obter a referida vaga.

E, durante esse intervalo de tempo, o inimputável aguarda vaga preso em estabelecimento destinado a presos provisórios, atualmente nos denominados "Centros de Detenção Provisória", ou seja, como se estivesse "cumprindo pena", ocorrendo justamente o fenômeno que o sistema teria abolido, qual seja, do duplo binário.

Ou, em outras palavras, o inimputável por doença mental acaba por cumprir pena privativa de liberdade.

Quando finalmente é internado no hospital apropriado, o inimputável por doença mental encontra-se numa situação contraditória: não cumpriu qualquer tratamento em regime de internação, mas já tem tempo cumprido, como se preso fosse, em prisão comum, situação essa que deve ter repercussão jurídica, sob pena de excesso de execução.

A solução, então, é submetê-lo já a um exame de cessação de periculosidade, sendo que será submetido ao exame de cessação de periculosidade sem lhe ter sido ministrado o tratamento previsto na medida de segurança, ocorrendo uma verdadeira antinomia jurídica.

Portanto, na prática, a medida de segurança acaba por se tornar uma forma anômala, não prevista em lei, de cumprimento de pena privativa de liberdade, que era a situação que a reforma do Código Penal de 1984 pretendia acabar.

Esse exame de cessação de periculosidade acima referido, na grande maioria dos casos, sugere a conversão em tratamento ambulatorial.

A demora para a obtenção de vaga só pode ser suprimida em casos graves, quando se torna absolutamente inviável a permanência do inimputável por doença mental no estabelecimento prisional.

**Tratamento ambulatorial**

Quanto ao tratamento ambulatorial, na prática, acompanham-se mensalmente os atestados emitidos pelos profissionais médicos que informam se o inimputável por doença mental está cumprindo o tratamento ou não.

Caso não esteja sendo cumprido o tratamento ambulatorial, promove-se a conversão do tratamento ambulatorial em internação.

**Inimputável por doença mental na prisão**

No que tange à permanência do inimputável por doença mental em estabelecimento prisional também gera problemas. Em face da doença sofrida, nem sempre é possível sua permanência junto com os demais presos imputáveis.

**As unidades prisionais, mormente as denominadas "Centros de Detenção Provisória", não contam com médicos psiquiatras permanentes, valendo-se de visitas periódicas desses profissionais ao estabelecimento prisional.**

Assim, nesses casos, a solução é levá-lo a setores isolados do estabelecimento prisional, denominados de "seguros", onde possa permanecer.

As unidades prisionais, mormente as denominadas "Centros de Detenção Provisória", não contam com médicos psiquiatras permanentes, valendo-se de visitas periódicas desses profissionais ao estabelecimento prisional.

**Pena privativa de liberdade**

Pode ocorrer que, em uma mesma execução, haja processo que impõe medida de segurança e processo que impõe pena privativa de liberdade. Quando já se executa a medida de segurança e sobrevém nova execução com pena privativa de liberdade, não há tanto problema, e sua conversão em medida de segurança é tranqüila.

O verdadeiro problema surge quando se executa pena privativa de liberdade com pena muito elevada e sobrevém nova execução com medida de segurança.

Como visto, poderá ocorrer, na prática, a abreviação da pena privativa de liberdade elevada, sem qualquer cumprimento da medida de segurança, já que a conversão em medida de segurança é irreversível.

**Conclusão**

Na prática, verifica-se que a medida de segurança consistente em internação converte-se numa espécie de cumprimento de "regime fechado", situação essa não pretendida em lei, em conseqüência da falta de vagas para a aplicação da internação em hospital apropriado para tanto.

Assim, muitas vezes, tais medidas são cumpridas em estabelecimentos prisionais que não possuem evidentemente condições técnicas para a medida pretendida em lei. Em conseqüência dessa situação, poderá haver a abreviação da pena privativa de liberdade, sobretudo de penas altas, sem qualquer cumprimento da medida de segurança.

***Promotor de Justiça de Taubaté, professor de direito e especialista em ética, biodireito e cidadania pelo Centro Universitário Salesiano de Lorena (SP).**

# DOS EMISSÁRIOS DA DIVINDADE À INDÚSTRIA DA LOUCURA

Juçara Azevedo de Carvalho*

Não é de hoje que o ser humano popularmente chamado de "louco" é alvo de interesse por parte dos estudiosos, sendo muitas as pesquisas a respeito daqueles que desafiam a ciência e conduzem a sociedade a uma profunda reflexão sobre o mistério de ser humano.

Cumpre-nos trazer cada vez mais esclarecimentos à sociedade sobre a realidade do tratamento dispensado a quem sofre de transtorno mental no Brasil.

Nos primórdios da civilização, as sociedades consideravam os indivíduos com transtornos mentais como "emissários da divindade". Platão afirmara acreditar em uma espécie de "loucura divina" como base fundamental de toda criatividade. No final da Idade Média até a Idade Moderna, houve uma mudança radical desses conceitos. O transtorno passa a ser atribuído a espíritos maus que se apossavam das pessoas. Com isso, o método utilizado para com os "possuídos" é o de espancamento, privação de alimentos, tortura e aprisionamento.

Posteriormente, surgiu a necessidade de um controle social nos grandes centros urbanos que começavam a surgir, e assim nascem os asilos. Fazia-se o recolhimento de pessoas desvalidas, incluindo-se também os mendigos, leprosos, tuberculosos, fisicamente inválidos, ou seja, pessoas extremamente pobres e que ameaçavam, segundo as classes dominantes, o equilíbrio social. Tais asilos funcionavam como uma espécie de depósitos do que se considerava "lixo humano".

Philippe Pinel, o pai da psiquiatria, na França do final do século 18, foi quem teve o mérito de libertar os doentes mentais das correntes e conduzi-los a locais destinados exclusivamente a eles. Os asilos foram assim substituídos pelos manicômios ou hospitais psiquiátricos, nos quais se criou o Tratamento Moral, primeiro método terapêutico moderno.

Porém, ao longo de várias décadas o tratamento dispensado ao doente mental não passou por avanços ou humanização. No Brasil, em 1934, o Decreto-lei 24.559 dispensou o tratamento ao portador de transtorno como caso de polícia e de ordem pública, permitindo a internação por meio de mera requisição da autoridade policial. Em 1940, com o Código Penal e de Processo Penal, estabeleceu-se o conceito de periculosidade, que recomenda o recolhimento da pessoa com transtorno mental ao hospital psiquiátrico, sem ênfase na recuperação e no tratamento dos indivíduos.

O modelo assistencial psiquiátrico caracterizou-se então pelo desrespeito aos direitos humanos. Ao longo do século 20, os hospitais psiquiátricos, tal como foram concebidos, não trouxeram a cura aos doentes e em nada contribuíram para sua reintegração social. No manicômio se entra e lá se permanece. E a sociedade, incluindo os familiares dos doentes, ainda encontra grandes dificuldades para administrar a sua relação com os que sofrem de doenças mentais.

**Movimento antimanicomial**

Influenciados pelos movimentos que aconteciam na Europa e nos Estados Unidos, setores da sociedade civil se mobilizaram em favor da luta pelos direitos dos doentes mentais. A reflexão sobre a loucura passou a integrar o quadro de discussões das universidades, dos meios intelectuais e dos profissionais de instituições psiquiátricas, e as práticas cruéis aplicadas no tratamento passaram a ser criticadas.

É fato que o resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental não se exaure simplesmente com a extinção das instituições asilares. Mas, é importante que se tenha iniciado a consciência da necessidade de uma mudança de visão do portador de sofrimento psíquico, não mais como um indivíduo perigoso, inválido e improdutivo. Com sentimento de quem busca uma sociedade justa e fraterna, começa-se a pensar em oferecer ao doente um tratamento digno, que valorize suas potencialidades e diminua seu sofrimento.

Em 1852 não havia no Brasil nenhum hospital psiquiátrico. Conforme dados do Ministério da Saúde, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e do IBGE, na década de 1970, já havia cerca de 120 mil leitos psiquiátricos. Hoje são exatamente, conforme banco de dados do CNES, atualizados em setembro de 2007, 53.485.

Segundo representantes do Ministério da Saúde, hoje de 3% a 5% da população brasileira precisa de assistência psiquiátrica intensiva, ou seja, quase 5 milhões de pessoas. Incluem-se aí esquizofrenias, psicoses, neuroses graves, demência, alcoolismo, dependência de drogas, problemas da infância com distúrbios, síndrome do pânico, o transtorno bipolar, depressão e outros.

Dados do Ministério da Saúde de agosto de 2004 indicavam existir, em todo o país, 220 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), nos quais moram cerca de 2 mil pessoas, e 546 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 64 especificamente para o tratamento de dependentes de álcool e drogas e 41 voltados para crianças e adolescentes. O número de atendimentos nos CAPS, que em 2002 foi de 389 mil, em 2003 chegou a 3,7 milhões, quase dez vezes maior.

Como se vê, estamos falando de um enorme contingente populacional.

**O Ministério Público**

Conforme esclarece o promotor de Justiça Renoir da Silva Cunha, em trabalho desenvolvido para a Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, para o curso de especialização em direito sanitário para membros do Ministério Público, mais um dos grandes obstáculos para os portadores de doenças mentais é o problema que aflige a população carente em geral: a falta do acesso à Justiça. Por isso, o Ministério Público foi incumbido, pela Constituição, de cobrar dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública o efetivo respeito aos direitos do cidadão e sendo as ações e serviços de saúde, públicas ou privadas, serviços de relevância pública, está o Ministério Público autorizado a promover todas as medidas necessárias à garantia dos direitos previstos na lei.

A Política Nacional de Saúde Mental vigente no Brasil foi instituída através da Lei Federal 10.216/01. Essa lei chama a atenção de todos para os direitos da "pessoa portadora de transtornos mentais" ter acesso ao melhor tratamento, ser tratada com humanidade, visando a alcançar sua recuperação, ser protegida contra qualquer forma de abuso, ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis, receber o maior número de informações a respeito de sua doença e tratamento, ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

Além disso, ao MP se incumbiu relevante papel, pois passou a ser o destinatário de comunicações das internações involuntárias e também a fiscalizar as internações compulsórias, isto é, medidas de segurança, a legalidade e dignidade das instalações, impedindo que se converta em "prisão perpétua", e com o concurso de familiares, responsáveis e curadores, promover todas as modalidades de garantia aos direitos dos internados em geral. A internação psiquiátrica deve ser encarada como exceção no tratamento e as internações involuntárias representam uma exceção ainda maior porque a Constituição Federal estabelece, dentre os direitos e garantias fundamentais do cidadão, que ninguém pode ser privado da sua liberdade e de seus bens sem o devido processo legal. O Judiciário tem que se manifestar.

O advento da Lei 10.216/01 obriga os operadores do direito em geral e o Ministério Público brasileiro, defensor dos mais importantes direitos da cidadania em particular, a reverem toda a sua concepção acerca do tratamento reservado pelo direito ao paciente psiquiátrico, agora considerado um sujeito de direitos. É fundamental aos operadores do d ireito e membros do Ministério Público buscarem uma aproximação com aqueles que têm o conhecimento técnico e efetivo no âmbito da saúde mental: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, familiares e pacientes, na busca do reconhecimento pleno da cidadania dessa parcela da população.

**A sociedade trabalhando pela saúde**

É preciso enfrentar essa situação de forma mais efetiva tanto por meio da Lei de Reforma Psiquiátrica, bem como todos os dispositivos que estiverem ao nosso alcance no sentido de avançarmos na luta antimanicomial. Separar os mitos e preconceitos e evitar os rótulos que sempre envolveram a doença mental da realidade constitui um grande passo em direção ao resgate proposto.

O cerne da questão é o posicionamento da sociedade, da família e do Estado em relação ao doente mental. O paradigma a ser transposto não é o manicômio, mas a exclusão. Vencer a exclusão exige uma adaptação geral às formas de se encarar o homem e o mundo. Os Serviços Territoriais de Atenção Diária em Saúde Mental, de base comunitária (CAPS/NAPS), as oficinas terapêuticas, as oficinas de capacitação/produção, os ambulatórios de saúde mental, as equipes de saúde mental em hospitais gerais, as moradias terapêuticas, os centros de convivência, o atendimento ambulatorial, o hospital-dia e os serviços de urgência permitem o acompanhamento da evolução do paciente e a intervenção da equipe de saúde mental, sem retirá-lo do convívio familiar e de suas ocupações habituais.

Essas medidas, ao contrário da internação tradicional, evitam a perda dos vínculos essenciais para a recuperação. Significativo avanço na consolidação dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental se deu com a legislação recentemente obtida, porém é necessário que sociedade, família e Estado conjuguem esforços para efetivar essas garantias, por meio do fortalecimento do controle social das ações e serviços de saúde, da municipalização do atendimento, tornando-o cada vez mais próximo do usuário, da criação da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, da articulação e qualificação constante de profissionais de saúde e profissionais do Direito, que busque facilitar a vida do usuário dos serviços e de seus familiares. É verdade que a lei, por si só, não altera a realidade, mas permite o debate, o lançamento de idéias e propostas de solução para o problema.

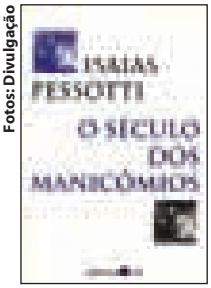
***Promotora de Justiça da Cidadania em Salvador (BA). Em exercício na 3ª Promotoria de Justiça Criminal da Capital. O texto na íntegra pode ser encontrado em www.mpd.org.br. É membro do MPD.**

# MPD RECOMENDA

Inês Büschel*

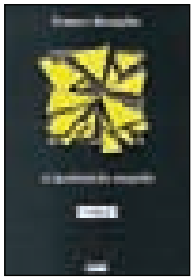
## Livros

Fotos: Divulgação




### O século dos manicômios

de Isaias Pessotti | Editora 34: SP, 1996, 1ª edição.
Segundo o autor, a psiquiatria se institui como especialidade clínica e como área específica do saber médico no alvorecer do século 19. É na França pós-Revolução que ocorre esse nascimento. E, se a Revolução libertou os doentes mentais de suas cadeias (gesto de Pinel), o século não pôde prescindir do confinamento do doente mental.

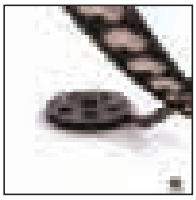


### A instituição negada

de Franco Basaglia (org.) | Graal Editora: RJ, 2001, 3ª edição.
Trata-se de material coletado que pretende ser a expressão concreta de uma realidade institucional em processo de mudança, com as contradições que lhe são inerentes. O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando os autores a uma crítica da neutralidade científica.

### Convivendo com a esquizofrenia
### Um guia para os portadores e familiares

de Mário Rodrigues Louzã Neto
Prestígio Editorial | Ediouro: RJ, 2006.
Pela leitura desse livro, de autoria de um psiquiatra, podemos aprender que os portadores de esquizofrenia podem ter vida produtiva, que a doença não afeta a inteligência, que ela não é fruto de uma criação errada por parte dos pais, que não se trata de dupla personalidade e que essas pessoas não são obrigatoriamente perigosas ou violentas.



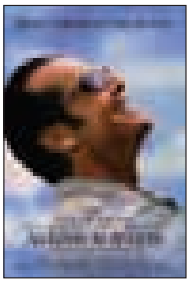
### No avesso da tela
### A psiquiatria pelo cinema

de José Paulo Fiks e Andrés Santos Jr. | Lemos Editorial: SP, 2006.
Foi muito feliz o momento em que um mestre em comunicação e semiótica juntou-se a um psiquiatra e psicanalista para, juntos, elaborarem essa obra interessantíssima para os amantes da arte do cinema. Nela encontramos comentários e críticas à forma com que há 100 anos a indústria cinematográfica vem abordando as variadas questões psiquiátricas.

## Filmes

### Estamira

Documentário brasileiro dirigido por Marcos Prado, lançado em 2006, com duração de 115 minutos. Recebeu inúmeros prêmios nacionais e internacionais. Trata-se da história de uma mulher de 63 anos de idade, carioca, portadora de transtorno mental, que vive solitariamente e busca alimentos e objetos em meio ao lixão de Jardim Gramacho, localizado na cidade de Duque de Caxias, RJ. Em DVD.



### Melhor é impossível

Filme norte-americano, misto de comédia e drama, lançado em 1997, com duração de 139 minutos. O protagonista é uma pessoa com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e é representado por Jack Nicholson, que recebeu o Oscar por seu desempenho. Em DVD.

### Garota, interrompida

Filme norte-americano, drama, lançado em 1999, com duração de 127 min. Baseado no livro autobiográfico da escritora Susanna Kaysen, a obra mostra não só o funcionamento de uma instituição fechada como também o comportamento de pessoas acometidas de depressão, esquizofrenia, transtorno de personalidade e transtornos alimentares. Em DVD.

### Homo sapiens 1900

Documentário sueco dirigido por Peter Cohen, com lançamento em 1998 e duração de 88 minutos. Baseado em extensa pesquisa de fotos e cenas raras norte-americanas, alemãs, soviéticas e de muitos outros países, o filme aborda a eugenia e as teorias de limpeza racial que pretendiam aperfeiçoar a espécie humana e criar um novo ser humano. Em DVD.

## Sites

***www.saude.gov.br***
*Clique no menu em "Cidadão" e a seguir em "Saúde Mental"*

***www.moffatt.com.ar***
*Psicólogo social argentino Alfredo Moffatt*

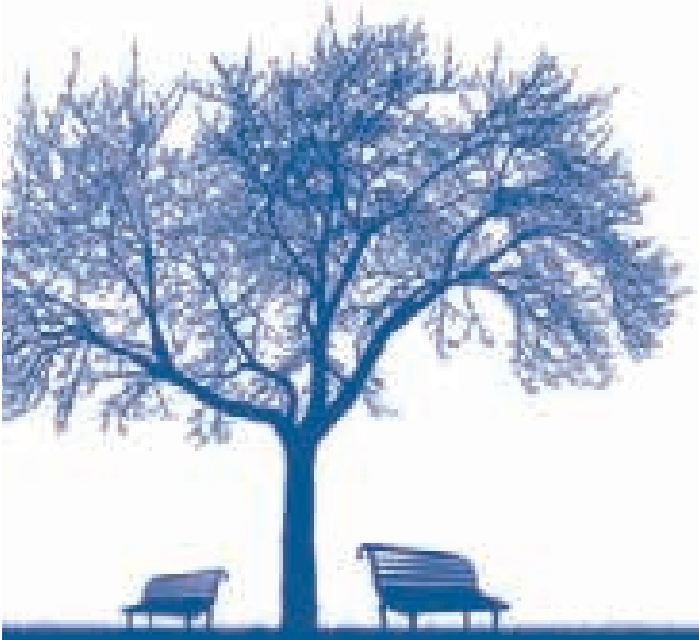
***www.ccs.saude.gov.br***
*Centro Cultural da Saúde, clique em "Memória da Loucura"*

***www.4varas.com.br***
*Psiquiatra e antropólogo cearense Adalberto Barreto*



*É promotora de Justiça aposentada e membro do MPD.

NA ANTIGUIDADE
AS LEIS ERAM DEBATIDAS EM
GRANDES PRAÇAS PÚBLICAS.



HOJE LUTAMOS PARA
QUE VOLTEM PARA ELAS.

O Movimento do Ministério Público Democrático - MPD - luta para que a justiça, a cidadania e a democracia estejam ao alcance de todos.

Seja através de seu programa de TV, de sua revista ou pelos projetos desenvolvidos diretamente nas comunidades, todos encontrarão uma abordagem esclarecedora da legislação, não só em capítulos, mas principalmente pela sua prática e pelos seus efeitos no dia-a-dia.

Pelo que depender do MPD, o senso de cidadania estará em praças, ruas e avenidas, na boca e na cabeça de cada cidadão. Assim contribuímos para uma sociedade mais esclarecida.

MPD. Há 16 anos renovando o caminho da democracia.

mpd Movimento do Ministério Público Democrático

www.mpd.org.br

# PROMOTORES NO TIMOR – PRIMEIRA PARTE

Antonio Carlos Ozório Nunes*

O Timor Leste é um pequenino país no Sudeste Asiático, com pouco mais de um milhão de habitantes de diversos grupos étnicos. Conta com dois idiomas oficiais, o tétum e o português, além do indonésio, do inglês e de mais de 30 dialetos locais.

O cenário rural idílico esconde a exploratória colonização portuguesa e a brutal anexação do país pela Indonésia, causadora de um dos maiores genocídios do século 20. A saída dos indonésios do país foi um quadro de horror. Na ocasião, o exército e as milícias pró-Indonésia fizeram uma campanha de retaliação e terror contra a população local, através da qual destruíram tudo o que encontraram pela frente, queimando e saqueando o país.

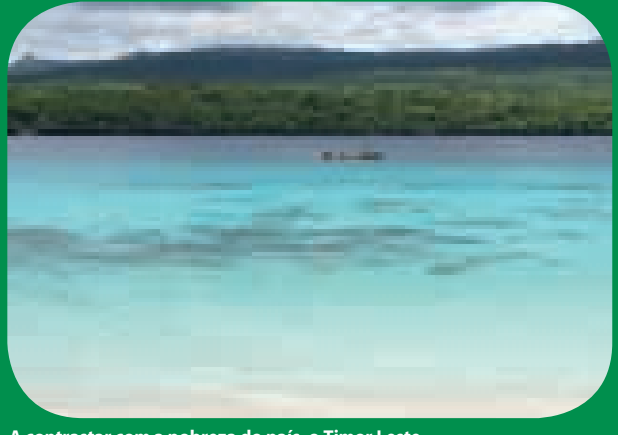
Depois da tragédia, a ONU governou o país provisoriamente, período no qual montou um Tribunal Especial para os Crimes Graves, visando punir os responsáveis pelos crimes contra a Humanidade lá ocorridos, do qual participou como procuradora internacional a nossa colega Eloísa Arruda.

Após a independência, em 20 de maio de 2002, o país está em pleno processo de reconstrução e desenvolvimento. Os desafios são muitos, pois é pobre e praticamente falta tudo. O apoio tem vindo da ONU e de suas agências, de ONGs e da cooperação dos países de língua portuguesa.

O Brasil tem colaborado com o Timor em vários projetos, com um destaque na área da Justiça. Em março de 2004, foi montado um projeto triangular de cooperação internacional por Brasil/ONU/Timor Leste, denominado "Apoio e Fortalecimento da Justiça do Timor Leste". O projeto conta com várias entidades parceiras no Brasil, dentre as quais o Ministério Público do Estado de São Paulo. O Brasil fornece a capacitação técnica, com a colaboração de parceiros como o MP-SP, a ONU dá a estrutura material (transporte, ajuda de custo, etc.) e o Timor recebe a ajuda.

Fotos: Antônio Carlos Ozório Nunes

**No Timor não existe legislação de proteção à criança, muitas delas trabalham como adultos**



**A contrastar com a pobreza do país, o Timor Leste tem praias paradisíacas como a da Ilha de Jaco**

O objetivo da cooperação técnica é o fortalecimento do setor judicial local. Para tanto, as entidades parceiras do Brasil têm enviado promotores, juízes e defensores para uma atuação direta com os profissionais timorenses. Fomos ao Timor para elaborar o projeto e executar a sua primeira fase. No primeiro período de execução, atuei como procurador internacional.

Infelizmente, a partir de abril de 2006, o Timor mergulhou numa profunda crise institucional marcada por conflitos políticos e pressões externas, cujas conseqüências levaram o país novamente ao caos quase completo. Cessada a crise, os projetos e a esperança de um futuro democrático e promissor continuaram. O nosso Ministério Público continuou colaborando e enviou para lá o promotor Flávio Lorza, com uma dupla missão: atuar como procurador internacional e dar suporte técnico no dia-a-dia aos procuradores timorenses. Atualmente, o trabalho está sendo feito pelo nosso colega Roberto Campos de Andrade.

O Brasil pode ajudar esse país-irmão através da cooperação técnica. Temos desafios e dificuldades semelhantes.

---

*** É promotor de Justiça em Taubaté (SP) e membro do MPD.**

# PROMOTORES NO TIMOR – SEGUNDA PARTE

Por Diego Cordeiro

Em 1999, a Organização das Nações Unidas interveio no Timor Leste e realizou um plebiscito em que os timorenses escolheram se separar da Indonésia. A ONU estabeleceu um governo de transição para criar as condições para um governo independente. Em 2002, o primeiro presidente tomou posse, e o Timor Leste se tornou o mais recente país livre do mundo.

O governo transitório se dissolveu, e foi desenvolvido um programa para consolidar as instituições criadas para sustentar a governabilidade – entre elas, a Justiça. Foi assim que Flávio Lorza, 46, desembarcou, em setembro de 2006, em Díli, a capital timorense, "que parece com a periferia do Vale do Ribeira, onde trabalhei no começo da minha carreira", conta.

Convidado pelo procurador-geral de Justiça do estado, o promotor de Justiça de São Paulo substituiu o colega Antonio Carlos Ozório na missão de treinar futuros promotores de Justiça timorenses.

Mas o treinamento não foi o mais difícil, pois Lorza já havia desempenhado a tarefa no Brasil. A principal barreira a ser superada foi a língua. "Apenas 5% da população, os mais elitizados, falam português. Até os promotores tinham dificuldade de falar, pois a grande maioria é fluente apenas em téton, um dos idiomas oficiais do país", explica Lorza.

A solução foi aprender o idioma local. "Tenho facilidades com línguas e atingi um nível que poderíamos chamar de intermediário avançado", explica o promotor, mostrando um dicionário do idioma. "O téton é relativamente fácil. Os verbos não são conjugados, e os tempos verbais são indicados por expressões. Eles assimilam muitas palavras do português", conta Lorza.

Outra dificuldade enfrentada pelo promotor foi a diferença cultural. "É complicado discutir questões jurídicas com pessoas de outra nacionalidade", explica Lorza, que é membro da MPD. Mas a origem comum dos modelos jurídicos brasileiro e timorense facilitou o trabalho. "Não há diferenças estruturais. A maioria se resume a prazos ou ao vocabulário", diz o promotor.

Lorza dá instruções a um profissional da Justiça timorense

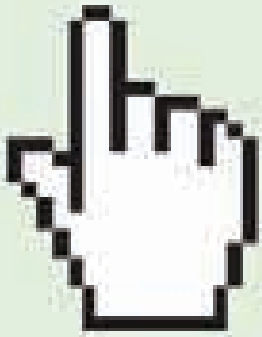
## Grande irmão

O passado colonial ligado à mesma metrópole confere ao Brasil e ao Timor muitas semelhanças. "Apesar de ser asiático, o Timor se parece com um Brasil em miniatura", afirma Lorza. Essa característica foi uma das que mais encantaram o promotor em seu trabalho no Timor. Além disso, ele lembra das variadas frutas que dão em terras brasileiras e timorenses, como o abacaxi, a fruta do conde, o papaia e a banana.

"Eles têm tanta variedade de banana quanto nós, no Brasil. Nunca vi isso em nenhum outro lugar." Apesar disso, a culinária do Timor Leste é mais parecida com a do Sul asiático. "A comida tem pouco tempero e vem com muita pimenta, mas servida à parte", completa.

Apesar de ter ficado um ano no pequeno país asiático, Lorza não fez amizade com timorenses. "Desenvolvi afeto por alguns, mas o meu convívio restrito não favoreceu o surgimento de uma amizade", conta o promotor. Mesmo assim, aproveitou bem o tempo que passou no Timor. "O Brasil é como um grande irmão para eles", diz, para em seguida concluir: "Os brasileiros são muito bem recebidos".

...E AI MEU ? VOCÊ VAI QUERER COMER HOJE OU NÃO???...
...VAI EMBORA...



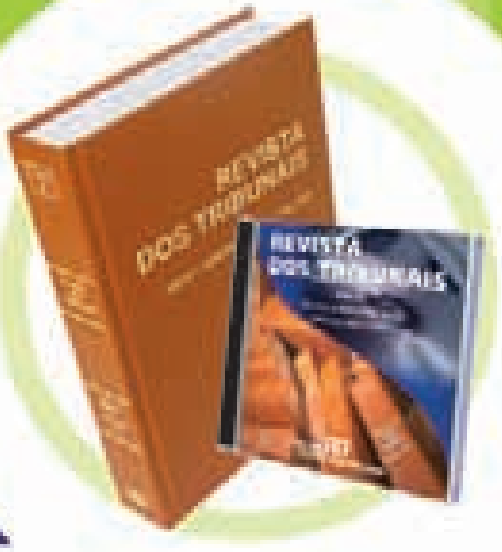
Clique e tenha acesso a muito mais que um site. Tenha acesso à cidadania.

**www.mpd.org.br**

Seu acesso à cidadania e justiça com democracia.

mpd

Assine agora e conte com uma fonte segura e completa de informações jurídicas ou tudo pode ir por água abaixo




Revista dos Tribunais e Periódicos 2008

Procure o seu representante
ou ligue para 0800 7022433
e faça hoje mesmo sua assinatura

EDITORA RT
REVISTA DOS TRIBUNAIS
www.rt.com.br