

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL - MPF
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO - PFDC

**PARECER SOBRE MEDIDAS DE SEGURANÇA E
HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO
SOB A PERSPECTIVA DA LEI N. 10.216/2001**

BRASÍLIA - DF
2011

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL - MPF
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO - PFDC

**PARECER SOBRE MEDIDAS DE SEGURANÇA E
HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO
SOB A PERSPECTIVA DA LEI N. 10.216/2001**

- EDIÇÃO REVISTA E CORRIGIDA -

BRASÍLIA - DF

2011

Ministério Público Federal
Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

Procurador Geral da República

Roberto Monteiro Gurgel Santos

Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão

Gilda Pereira de Carvalho

**Membros da Comissão PFDC instituída por meio da
Portaria nº 17/2009**

Haroldo Caetano da Silva, Promotor de Justiça do MP/GO e criador do PAILL – Programa de Atenção ao Louco Infrator

Luciana Barbosa Musse, Graduada em Direito e Psicologia e Professora Doutora em Direito

Márcia Maria Regueira Lins Caldas, servidora da PFDC/MPF

Margarida Mamede, Professora Doutora em Psicologia Clínica

Maria do Socorro Leite de Paiva, Procuradora Regional da República da PRR/5ª Região

Tânia Maria Nava Marchewka, Procuradora de Justiça do MPDFT e Professora Doutora em Direito na área de saúde mental

Walter Ferreira de Oliveira, Médico Sanitarista e Professor Doutor

Redação

Luciana Barbosa Musse

Revisão técnica

Maria José Constantino Petri

Supervisão editorial

Marília Mundim

Projeto gráfico e diagramação

Cristine Maia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1. INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAIS TEÓRICOS E TERMINOLOGIA EM SAÚDE MENTAL	
2.1 Subjetividade: loucura ou transtorno mental?	13
2.1.1 Paciente ou usuário	13
2.1.2 Louco infrator ou pessoa com transtorno mental em conflito com a lei	14
2.2 Saúde mental ou Atenção Psicossocial	14
2.3 Rede e Território	15
2.4 Sofrimento Psíquico	17
3. A REFORMA DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL	18
3.1 A contribuição do Movimento de Trabalhadores de Saúde Men- tal na Reforma Psiquiátrica Brasileira	19
3.2 O processo de redemocratização e os rumos do Movimento nos primeiros anos de construção do SUS	21
3.3 A experiência de Santos e o nascimento dos serviços substitutivos à lógica manicomial	23
3.4 Os desafios da integralidade: atenção psicossocial e atenção básica – um encontro promissor?	25
4. DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO AO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL	29
4.1 O surgimento do Manicômio Judiciário	29
4.2 HCTPs e sua ambiguidade existencial	30
4.3 Outras ambiguidades do MJ/HCTP.....	35
4.3.1 Médicos versus juízes	35

4.3.2 Equipe de Atenção Psicossocial versus guardas	36
4.3.3 Psicóticos versus “Psicopatas”	37
4.3.3.1 O que é “sociopatia”	37
4.3.3.2 Contextualizando a questão do caráter e sua relação com a “sociopatia”	39
4.3.3.3 A “sociopatia” e os dilemas na atribuição da culpabilidade e da pena	42
5. RESPONSABILIDADE PENAL E MEDIDA DE SEGURANÇA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	44
5.1 O impacto da lei n. 10.216 no Projeto de Lei n. 3.473/2000	52
5.2 A medida de segurança no Projeto de Lei n. 5.075/2001	55
6. PERICULOSIDADE, MEDIDA DE SEGURANÇA E A LEI N. 10.216/2001	58
6.1 Internação psiquiátrica compulsória	62
6.2 A inconstitucionalidade da internação psiquiátrica compulsória ...	65
6.3 A revogação da legislação penal pela Lei n. 10.216/2001	66
7. UM CAMINHO A SER SEGUIDO: A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NO SUS E A EXTINÇÃO DOS HCTPs	67
7.1 Um avanço ignorado: as resoluções do CNPCP e do CNJ e a adequação das diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança à lei nº 10.216/2001	72
7.2 Experiências de atenção jurídica e psicossocial à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei em consonância com a lei n. 10.216/2001	77
7.2.1 O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ	77

7.2.2 O Programa de Atenção ao Louco Infrator – PAILI	79
7.2.3 O Programa de Brasília	83
7.3 A extinção dos HCTPs e a realocação dos recursos que lhe são destinados	84
8. A FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, DAS ÁREAS PSI E JURÍDICA PARA ATUAREM NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI	86
9. CONSIDERAÇÕES DA COMISSÃO	88
10. REFERÊNCIAS	93
11. LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	97
12. ANEXOS	
Edital de Convocação da Audiência Pública	99
Programação da Audiência Pública	101

APRESENTAÇÃO

Em outubro de 2008 a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC/MPF) promoveu o workshop “Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica”, ocasião em que foi problematizado que os pacientes em cumprimento de medida de segurança não eram acompanhados por equipe multidisciplinar da área de saúde, apenas pelos órgãos do sistema penitenciário, e que a Lei de Reforma Psiquiátrica alterou a Lei de Execuções Penais (LEP) e o Código Penal no que se refere à medida de segurança.

Em maio de 2009, a PFDC participou do seminário “Justiça e Saúde Mental”, realizado em Brasília e em São Paulo pela 2ªCCR e pela PRR/3ª.

Na ocasião, a PFDC coordenou o painel sobre Medida de Segurança e perspectivas de tratamentos onde foram apresentadas iniciativas como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator no Estado de Goiás (PAILI) e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ).

Em 29 de setembro de 2009, véspera da Marcha dos Usuários de Saúde Mental pela Reforma Psiquiátrica Antimanicominal, a PFDC participou de reunião com a Vice-Procuradora Geral da República e a Corregedora Geral na qual compareceram usuários, familiares e representantes de organizações civis dos serviços de saúde mental. O grupo entregou ao Ministério Público documento com pauta para atuação da Procuradoria Geral da República, do qual destaco duas reivindicações:

1)“(...) a urgente e necessária reformulação da LEP e do próprio CP e CPC, de acordo com os princípios da Lei 10.216/2001(...) a construção de soluções jurídicas, clínicas e sociais para as pessoas em sofrimento mental durante o tempo que mantém relações com a justiça penal.”

2) “promover ações de mobilização e orientação junto aos juizes criminais e MP para implantação de ações e serviços para acompanhamento do processo criminal do 'louco infrator' (...)”.

Depois de várias ações empreendidas, ou delas tendo participado, a

PFDC criou em dezembro de 2009 Comissão para discutir e elaborar parecer sobre a situação das pessoas em Medidas de Segurança, no âmbito do Inquérito Civil Público nº 1.00.000.004683/2011-80, no qual vislumbrou-se a realização de audiência pública reunindo especialistas e autoridades da área de saúde e da área jurídica, a fim de subsidiarem o desiderato do referido ICP – que é de recolher subsídios para promoção de ações junto aos poderes competentes, aos conselhos profissionais, ao Ministério Público, à academia, advogados e entidades civis, dentre outros.

Destaco que já temos relevantes iniciativas na área, tais como o PAILI e o PAI-PJ – congratulados com o prêmio Innovare – e experiência mais recente no Distrito Federal, todas essas iniciativas que romperam com o antigo modelo de execução penal, possibilitando que as pessoas em cumprimento de medida de segurança recebam acompanhamento multidisciplinar, como preconiza a Lei 10216/2001.

O presente parecer e as exposições que serão apresentadas no âmbito da audiência pública serão para a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, as Procuradorias dos Direitos dos Cidadãos nos estados e municípios e para os promotores do MP importante fonte para atuação. Tenho a confiança de que esses subsídios igualmente possam contribuir para a implementação de modelos legais efetivamente pautados na proteção dos direitos humanos, assegurando, enfim, os direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental.

GILDA PEREIRA DE CARVALHO

Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão

INTRODUÇÃO

Uma comissão multidisciplinar¹ constituída por reconhecidas autoridades em atenção psicossocial² foi convocada a realizar uma análise da legislação penal, processual penal e da lei de execuções penais (LEP) no tocante ao cumprimento de medidas de segurança, tanto ambulatoriais, quanto em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), à luz da lei n. 10.216/2001, da qual resulta este parecer sobre o tratamento jurídico-legislativo dispensado à pessoa com transtornos mentais em conflito com a lei, cumprindo medidas de segurança no país³ visando a:

(a) fornecer elementos para a definição de estratégias e metas de atuação do Ministério Público Federal com relação às políticas públicas em Atenção Psicossocial voltadas para esse específico grupo de pessoas;

(b) garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei por meio de efetiva política pública de saúde mental;

(c) melhorar os índices de eficiência das políticas institucionais concernentes às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei;

(d) ser um instrumento de diálogo no avanço das políticas públicas em Atenção Psicossocial, no Brasil;

1. Margarida Mamede, psicóloga em São Paulo e Márcia Maria Regueira Lins, assessora de saúde mental da PFDC.

Haroldo Caetano da Silva, membro do MP/GO e Tânia Maria Nava Marchewka, procuradora de Justiça do MPDFT.

Walter Ferreira de Oliveira, psiquiatra em SC.

Maria do Socorro Leite de Paiva, procuradora da República em PE.

Luciana Barbosa Musse, professora universitária no DF.

2. “Atenção Psicossocial”, é termo que, pela representatividade e por seu caráter interdisciplinar, consolida-se como uma importante atualização na terminologia “saúde mental”, contemplando “[...] um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o Modo Asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da Psiquiatria”, conforme será tratado na seção 2.2 (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 31). Por isso, será adotado neste documento em substituição à “saúde mental”, exceto se a expressão for utilizada para indicar eventos, siglas ou órgãos, quando, então, será mantida.

3. O foco deste parecer, bem como das considerações consequentes, é a pessoa adulta com transtornos mentais em conflito com a lei em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP, tendo em vista as medidas de segurança tal como se encontram disciplinadas no sistema jurídico brasileiro. Sabe-se que, ao lado da ausência de políticas públicas voltadas para a atenção psicossocial da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, a carência de políticas públicas para atender ao adicto e adolescente em conflito com a lei com diagnóstico de transtorno mental é também flagrante, mas, pelas suas especificidades, não serão abordadas aqui.

(e) reafirmar antigas reivindicações do movimento social, dos trabalhadores em saúde mental, familiares, usuários e acadêmicos, que apesar de serem reiteradamente apresentadas e debatidas ainda não foram atendidas pelo poder público;

(f) verificar se a Política Nacional de Saúde Mental vem sendo efetivada nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico;

A metodologia de elaboração desse documento está embasada em pesquisas bibliográficas de textos teórico-acadêmicos, documentos oficiais e legislação já existentes, em especial: Resolução 46/119, da Assembléia Geral das Nações Unidas (ONU), sobre 'Proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental', Declaração de Caracas, Constituição Federal, Lei n. 10.216/2001, Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3).

Essa demanda da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) é tão oportuna quanto coerente, pois, de um lado, a falta de políticas públicas intersetoriais voltadas para as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, apesar dos avanços havidos, e do decurso de dez anos da promulgação da lei n. 10.216/2001, ainda é uma realidade e, no campo social, o debate, no âmbito da Reforma Psiquiátrica, sobre a situação das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei ainda é incipiente. Por outro lado, vislumbra-se nos últimos dois anos, no universo da atenção psicossocial brasileira, a retomada da mobilização, das discussões e reivindicações, por diferentes atores, em saúde mental, junto à defesa dos próprios direitos humanos desse grupo de pessoas, conforme ilustrado a seguir.

O Brasil, em 2009, em reconhecimento ao trabalho que vem sendo realizado em total conformidade com as diretrizes de saúde mental fixadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi convidado por aquele organismo⁴ para dar a sua contribuição à Reforma Psiquiátrica Internacional.

4. Para maiores informações sobre a participação do Brasil na reformulação de políticas públicas internacionais em Atenção Psicossocial: <http://www.brasil.gov.br/noticias/ultimas_noticias/130709-13/>. Acesso: 17 jul.2009.

A promoção, pelo próprio Ministério Público Federal, de evento, em maio de 2009, sobre a relação entre Justiça e Doença Mental.

A realização do I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental, promovido pela Coordenadoria de Saúde da Secretaria da Administração Penitenciária de São Paulo e pela Faculdade de Saúde Pública da USP, realizado na cidade de São Paulo, em 16 a 18 de setembro de 2009, com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Regional de Psicologia do Estado da 6ª Região (CRP – 6ª Região).

A emblemática marcha dos usuários de saúde mental pela retomada da reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, ocorrida em Brasília a 30 de Setembro de 2009, com mais de duas mil pessoas, expôs a necessidade de se dar continuidade à melhoria e implementação das políticas públicas em saúde mental já previstas na legislação que disciplina essa matéria.

A IV Conferência Nacional em Saúde Mental – “Atenção Psicossocial direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” – veio em meados de 2010 – depois de nove anos da anterior – também visando à retomada da implementação de políticas públicas em saúde mental e a atuação dos movimentos sociais em saúde mental.

O I e II Encontro Nacional sobre o Atendimento a Pessoas em Medida de Segurança, do Ministério da Saúde, Brasília, 2010, por sua vez reitera a questão.

A necessidade de melhor diálogo com os profissionais do Direito que atuam na defesa dos direitos fundamentais do cidadão já situa a questão da Atenção Psicossocial como uma temática tanto de saúde pública como de justiça, carecendo de um esforço conjunto e articulado para o seu devido enfrentamento.

Aliado ao anteriormente exposto é necessário tornar efetiva a própria lei n. 10.216/2001 e demais normas que integram o arcabouço legislativo na seara da Atenção Psicossocial.

Assim, este documento vem se somar ao grande esforço para me-

lhor tratar das medidas de segurança no país, que já atingem, pelo menos, mais de 3.5 mil pessoas, segundo o Ministério da Justiça⁵, buscando ainda fomentar o debate e o avanço das políticas públicas em atenção psicossocial à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil.

2. REFERENCIAIS TEÓRICOS E TERMINOLOGIA EM SAÚDE MENTAL

Referenciais teóricos e terminologias propostos ou utilizados sempre refletem uma concepção de mundo, sendo, portanto, necessariamente datados porque historicamente construídos e continuamente reformulados, fazendo-se então necessário começar esse tópico por uma explanação preliminar.

2.1 SUBJETIVIDADE: LOUCURA OU TRANSTORNO MENTAL?

Como se referir propriamente à pessoa com diagnóstico de algum tipo de transtorno mental?

Hodiernas expressões – doente mental, portador de transtorno mental, sofredor psíquico – apontam todas para um indivíduo de tal grupo, crítica Basaglia⁶, conforme destacam a doença em detrimento da pessoa.

Neste parecer, opta-se pela expressão “pessoa com transtorno mental”, pois marca melhor o entendimento desta comissão de que a prevalência é da pessoa e não do transtorno.

2.1.1 Paciente ou usuário

De modo equivalente, decide-se no contexto deste documento pela utilização do termo “usuário”, desde que o termo “paciente”, apesar de consagrado pelo uso, é cada vez mais tomado por críticos e reformistas como um estigma, por evocar a relação de poder entre os profissionais

5. Essas informações devem ser repassadas ao Ministério da Justiça pelos próprios gestores dos HCTPs, o que nem sempre ocorre. Logo, conforme será tratado na seção 4.2 deste documento, esses dados não correspondem ao número de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei em medida de segurança no Brasil.

6. BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

da saúde e as pessoas sob cuidados, levando à coisificação do indivíduo e sua consequente passividade no próprio processo de tratamento, tornando-o incapaz de responsabilizar-se por acontecimentos que podem de alguma forma influenciar no seu tratamento (OLIVEIRA, 2010).

2.1.2 Louco infrator ou pessoa com transtorno mental em conflito com a lei

Essa mesma problemática, ligada à busca por uma denominação mais apropriada que possa assim realçar nuances cruciais, aparece ainda mais complexa quando se refere ao indivíduo tradicionalmente identificado pelo termo "louco infrator", amplamente adotado pela legislação, em decisões judiciais e mesmo por iniciativas pioneiras, como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - PAILI, do Ministério Público de Goiás; entretanto, de modo extensivo e coerente, propõe-se a adoção da terminologia "pessoa com transtorno mental em conflito com a lei", para reforçar, por meio de sistemática explicitação, todos os componentes da exclusão psicossocial que se pretende combater.

2.2 SAÚDE MENTAL OU ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

○ estudo do psiquismo em suas diversas correntes muito diverge.

[...] há uma tensão histórica entre duas vertentes principais no que se refere ao estudo dos fenômenos mentais: a vertente biomédica [...] e a vertente psicodinâmica. (OLIVEIRA, 2010).

Importa notar que originalmente o conceito de Doença Mental está implicado nos termos do que se chamou de Saúde Mental: uma contradição terminológica não exclusiva da Psiquiatria, mas generalizada por toda a Medicina ocidental que, partindo de seu próprio paradigma como ciência, coloca-se como a forma legítima para tratar daquilo mesmo para o que se reconhece como a única com competência o bastante para determinar.

○ Higienismo, movimento com grande influência sobre a Medicina em geral, e a Psiquiatria em particular, sobretudo na segunda metade do século XIX e início do século XX, exemplificou bem tal modelo, pregando abertamente a extensão do saber médico para além da doença, abrindo

espaço para outros modelos de atenção, cuidado e amparo, que passaram a privilegiar a prevenção e a profilaxia, por exemplo.

Entretanto, se a expressão “saúde mental” já representou algum avanço nesse passado; atualmente é questionada por ainda permanecer atrelada à primazia dos profissionais da medicina e do hospital como local privilegiado de tratamento, o que se mostra incompatível com as novas propostas que visam a superar essa lógica tradicional,

[...] incorporando a filosofia da promoção, as idéias da responsabilidade sanitária, da inclusão social, da reabilitação, dos projetos terapêuticos personalizados, enfim [...]

de uma série de dispositivos já disponíveis para remodelar adequadamente o encaminhamento dessa questão.

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS já se firmam como o

[...] dispositivo fundamental do modelo de atenção psicossocial substitutivo ao hospital psiquiátrico, ressaltando sua função estratégica de articulador da rede de serviços, e a necessidade de potencializar parcerias intersetoriais e de intensificar a comunicação entre os CAPS, a rede de saúde mental e a rede geral de saúde, contemplando as dimensões intra e intersetoriais. (SUS, 2010, p.69).

Portanto, como já antecipado, o termo “Atenção Psicossocial”, pela representatividade e por seu caráter interdisciplinar, consolida-se então como uma importante atualização na referida terminologia, contemplando

[...] um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o Modo Asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da Psiquiatria. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 31).

2.3 REDE E TERRITÓRIO

A palavra “rede” assumiu diversas conotações, seja no senso comum, em áreas técnicas específicas, e mesmo no próprio convívio social.

No campo da Atenção Psicossocial o trabalho em rede tomou uma dimensão e um significado especiais, ao se encontrar associado a serviços, cuidados, gestores, pessoas, todo

[...] um conjunto de dispositivos e práticas que devem ser criados e mantidos e sem os quais se torna inviável a melhoria da condição das pessoas diagnosticadas com problemas psíquicos e da qualidade de vida das comunidades, a partir do viés do bem-estar físico, mental e social [OLIVEIRA, 2010]

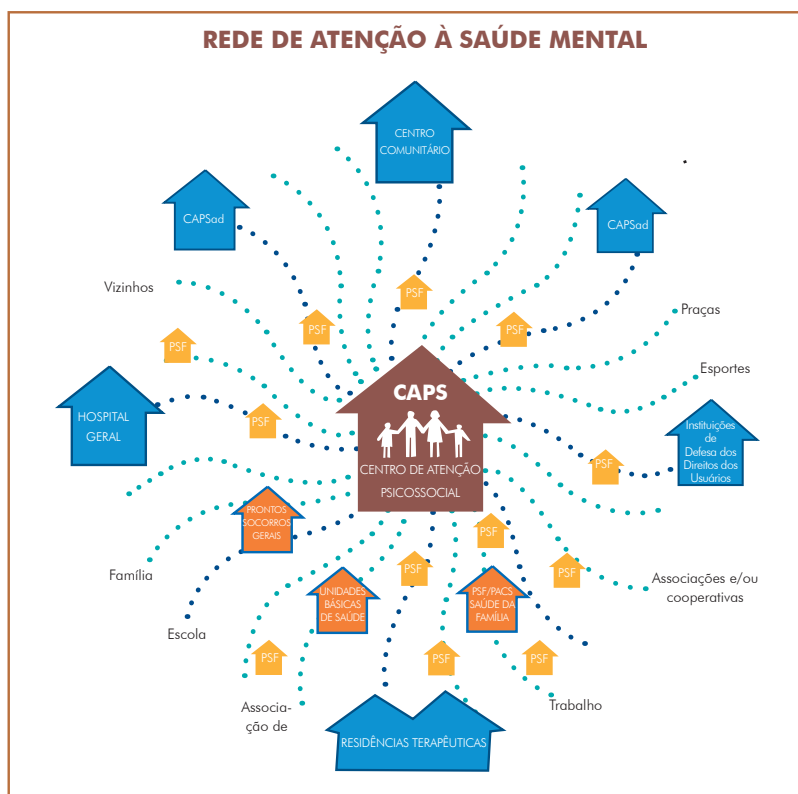
Para Sluzky (apud MOREIRA; MELO, 2005, p. 71-72), “rede” é um mapa mínimo, o conjunto de todas as pessoas com as quais um certo indivíduo interage de formas diferenciadas.

Plural, aberta e capilarizada, uma “rede” inclui diferentes setores, com diferentes formas de abordagem, refletindo naturalmente a complexidade própria dos fenômenos mentais, das angústias humanas mais básicas ao sofrimento psíquico mais atroz.

Importa notar então que tal noção de rede implica no reconhecimento de um território indissociável muito específico, entendendo-se por território:

[...] a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. [MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005].

Essa relação intrínseca entre território e rede, conforme ilustrada, propõe a unidade integrada que serve como padrão básico de referência ao campo da Atenção Psicossocial:



Fonte – Ministério da Saúde, 2005, p. 26.

Nessa rede, o espaço dos hospitais psiquiátricos e, por conseguinte, dos HCTPs é residual e deve ser buscado em último caso, conforme art. 4º da lei n. 10.216/2001.

2.4 SOFRIMENTO PSÍQUICO

Embora algum sofrimento psíquico seja inerente à própria condição humana, a expressão está tecnicamente reservada para designar “[...] um conjunto de condições psicológicas que, apesar de não caracterizar uma doença, gera determinados sinais e sintomas [...]”, segundo Souza (2005).

O termo presta uma função de extrema importância na prática da Atenção Psicossocial por incluir uma parcela significativa da população que se encontra incapacitada de manter a sua rotina, mas não tem necessariamente um diagnóstico de transtorno mental, vendo-se,

frequentemente, agravarem-se os problemas quando sistematicamente negligenciados.

Trata-se de verdadeiro ponto nevrálgico da questão, porque remete a esse sem número de pessoas que, eventual ou cronicamente, rompem com sua ordem relacional, profissional e até pessoal, sem que sejam identificadas, e menos ainda acolhidas e tratadas, como indivíduos em sofrimento psíquico, seja por seus familiares, pares ou pelos próprios dispositivos de Atenção Psicossocial disponíveis. Algumas delas podem, inclusive, ser encontradas no sistema prisional, cumprindo medida de segurança.

3. A REFORMA DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Conforme pode se depreender da reflexão sobre termos utilizados em saúde mental, expostos na seção 2, a psiquiatria passou e passa por diferentes mudanças. A concepção de doença (mental) foi substituída pela de saúde (mental) e o tratamento científico e social dispensado às pessoas com transtornos mentais ou sofrimento psíquico sofreu profundas releituras, como a seguir analisado.

Este movimento, ou conjunto de movimentos, a que costumamos nos referir como Reforma Psiquiátrica (RP) é um processo social de altíssima complexidade e completa 30 anos no Brasil, tendo seu início marcado pelo Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) deflagrado no Rio de Janeiro, em 1978, no bojo de outros movimentos pela liberdade, pelos direitos humanos e pelo fim da ditadura militar no país. De lá para cá, a trajetória da RP propiciou transformações profundas no setor saúde, com repercussões para toda a sociedade, até chegar ao conjunto de ações, iniciativas e serviços que hoje a compõem, caracterizando-a tanto como movimento sócio-profissional como rede de dispositivos acooplada ao aparelho de estado (Amarante e Oliveira, 2004). (OLIVEIRA, 2009, p. 2).

A síntese desse processo, que coincide com a (re)democratização do país e se caracteriza, sobretudo, pela busca do (re)conhecimento dos direitos e da cidadania do louco e sua (re)inserção psicossocial, será apresentado, a seguir.

3.1 A CONTRIBUIÇÃO DO MOVIMENTO DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Consoante Amarante e Oliveira (2004, p. 10), “o movimento emergiu em 1978, a partir das denúncias de psiquiatras que tornaram públicas as condições de violência a que eram submetidos os internos dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde”. Às denúncias se sucederam paralisações das atividades dos profissionais da saúde mental, o que levou o governo da época, em retaliação, a editar “[...] o famigerado Decreto-Lei 1632, que proibia qualquer espécie de greve nos setores considerados essenciais”. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 11).

Essa atitude do governo só fez fortalecer o movimento, que, nesse mesmo ano ampliou suas bases e realizou o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Santa Catarina, o qual, pela sua proposta político-científica ficou conhecido como o “Congresso da Abertura”.

No Rio de Janeiro, no mesmo emblemático ano de 1978, aconteceu o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, coordenado por Gregório Baremlitt, com o intuito de fundar uma nova sociedade psicanalítica, o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições – IBRAPSI. “O evento possibilitou a vinda ao Brasil de alguns dos principais críticos da psiquiatria, dentre eles Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Thomas Szasz e Erving Goffman, contando ainda com a presença de Shere Hite” (AMARANTE, OLIVEIRA, 2004, p. 11).

Dentre os teóricos anteriormente citados, houve uma importante aproximação do MTSM com Basaglia, pois a Itália havia aprovado a Lei de Reforma Psiquiátrica Italiana, conhecida como “Lei Basaglia”, resultado do Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, o que o aproximava das expectativas brasileiras. (AMARANTE, OLIVEIRA, 2004, p. 11-12).

Outro acontecimento deste período que merece registro e o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em janeiro de 1979, no Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo e cujo relatório final indica que “as lutas pela transformação da saúde e da saúde mental não são isoladas e sim estreitamente vinculadas entre si e às demais lutas sociais.” (AMARANTE, OLIVEIRA, 2004, p. 12).

Ainda no ano de 1979, a Câmara dos Deputados realizou o I Simpósio de Saúde daquela Casa. Durante esse evento, o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – teve uma expressiva participação ao apresentar

“[...] dois documentos históricos para o campo da saúde brasileira: um, relacionado à reforma sanitária e outro à reforma psiquiátrica. O primeiro foi o texto *A questão democrática na área da saúde* (CEBES, 1980a), no qual a proposta de um Sistema Único de Saúde foi pela primeira vez apresentada e debatida com os setores políticos nacionais. O segundo foi o texto *A assistência psiquiátrica no Brasil: setores público e privado* (CEBES, 1980b) elaborado pela Comissão de Saúde Mental do CEBES do Rio de Janeiro, que apresentou a primeira denúncia relacionada ao modelo psiquiátrico em um espaço de tão grande repercussão política. (AMARANTE, OLIVEIRA, 2004, p. 12).

Esse Simpósio contribuiu para a ampliação do debate e dos atores envolvidos na “questão psiquiátrica”, que adquire alcance e repercussão nacional, graças ao interesse dos meios de comunicação da época.

Fechando o ciclo de eventos relevantes para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, ocorridos no final da década de 70 do século XX, o *III Congresso Mineiro de Psiquiatria* contou com a presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel.

Com a expansão do Movimento, diferenças internas, teóricas, técnicas ou ideológicas, convergiram para uma agenda comum, buscando resgatar casos e histórias de pessoas em sofrimento psíquico, de modo a debater e superar o próprio fundamento da instituição psiquiátrica tradicional, em seus pressupostos conceituais e na prática desenvolvida; onde antes se via apenas doença, defeito, desrazão e periculosidade na figura do louco, propunha-se uma nova atitude voltada ao debate sobre a cidadania, os direitos humanos e o dever maior de prestar um serviço digno afinal.

Toda uma análise crítica do próprio fazer científico, como instrumento de poder, somada às denúncias feitas pelo Movimento acabou por revelar o hospital psiquiátrico como instituição muito mais alienante que assistencial, com função mais custodial do que efetivamente terapêutica; a loucura deixava de ser uma questão exclusivamente técnica, para se

tornar uma questão que diz respeito a toda a sociedade, assim o próprio objeto da psiquiatria deixava de ser a doença para se tornar o sujeito de experiência mental diferenciada, a pessoa, o cidadão em sofrimento.

Assim a chamada “reforma psiquiátrica” afirmou-se como um dos movimentos mais expressivos e atuantes no Brasil, com uma proposta radical de transformação do setor, com influência direta na Reforma Sanitária e merecido destaque na história da saúde pública do país. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 13).

3.2 O PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO E OS RUMOS DO MOVIMENTO NOS PRIMEIROS ANOS DE CONSTRUÇÃO DO SUS

Ainda tomando como base o trabalho elaborado por Paulo Amarante e Walter Ferreira de Oliveira (2004, p. 13-14), o início dos anos 80 parecia anunciar uma relativa desaceleração nas atividades do Movimento; no cenário internacional, a morte de Basaglia anunciava tempos de pouco perspectiva, enquanto, no Brasil, com a [re]abertura democrática, as propostas renovadoras das reformas sanitária e psiquiátrica eram paulatinamente integradas ao aparelho de Estado sem maiores conflitos, mas a própria conjuntura política, outra vez, encarregou-se de imprimir mais uma reviravolta importante para o setor da saúde.

A campanha por eleições diretas para Presidente da República, em 1983, movimento conhecido como “Diretas Já!”, mobilizava milhões de pessoas em todo país que, em 1985, elegeria seu primeiro presidente civil após mais de vinte anos de ditadura militar. Com o governo civil, nasceu a Frente Ampla, que elaborou o projeto do período que ficou conhecido como Nova República. Nascia também, o movimento pela nova Constituição Federal, que seria promulgada em 1988.

No clima de reconstrução nacional característico da Nova República, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, para a qual Sérgio Arouca foi nomeado presidente. Participante ativo do Movimento de Reforma Sanitária, Arouca rompeu com o padrão das conferências anteriores, exclusivas aos profissionais da área, privilegiando um novo formato que incluísse também, e de modo expressivo, a participação popular, com representantes dos vários setores da comunidade; pré-

conferências em níveis estadual e municipal foram então organizadas e milhares de pessoas se reuniram em variadas entidades e instituições da sociedade civil: estima-se que das 4.000 pessoas que enfim compareceram à 8ª Conferência em Brasília, mil eram delegados eleitos nessas atividades preparatórias. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 14).

Uma nova concepção de saúde nasceu no Brasil a partir dessa bem sucedida 8ª Conferência - a saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão – e permitiu a formalização de alguns princípios básicos, tais como universalização do acesso à saúde, integralidade, equidade, descentralização e democratização, que implicaram numa nova visão do Estado no Brasil - como promotor de políticas de bem-estar social - e uma nova visão de saúde no país: como sinônimo de qualidade de vida. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 14).

Assim, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizou-se segundo as mesmas bases organizacionais; apesar de dissidências e resistências em contrário, a militância do MTSM garantiu que de fato houvesse a continuidade do processo de abertura da participação social nos debates iniciada anteriormente, e decidiu oportuno realizar, ainda no mesmo ano, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, onde definitivamente o que começou como a iniciativa de uma classe tornou-se um autêntico movimento social, sob o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

Esse lema expressava tanto uma ruptura epistemológica quanto estratégica, que marcaria os anos subsequentes. O eixo dos debates abandonaria os limites meramente assistenciais e, mais ainda, a simples oposição entre serviços extra-hospitalares versus hospitalares: passava a vislumbrar a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto na estrutura manicomial quanto no saber médico sobre a loucura.

A luta antimanicomial definia o movimento pela saúde mental como um processo cultural no qual a produção social da qualidade da vida não corresponde a um território exclusivo de tecnocracias, mas a um campo aberto aos cidadãos; a idéia central de que as pessoas com

transtorno mental integram o coletivo da cidade se estabelece então como parâmetro de inclusão, essencial a todo e qualquer projeto terapêutico. Nessa concepção, um sistema terapêutico deve ser um centro organizador de pessoas, saberes e práticas que visam à qualidade de vida do coletivo comunitário, a partir do ponto de vista daqueles que são usuários do sistema, seus sujeitos primordiais, e na perspectiva de uma ação contínua, crítica e transformadora das realidades pessoais, sociais e institucionais. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 15).

Foi também, no II Congresso de Bauru que se criou a data comemorativa do Dia Nacional de Luta Antimanicomial, sendo escolhido o dia 18 de Maio. Assim, a cada 18 de Maio seriam promovidas atividades científicas, culturais, políticas, em toda cidade ou espaço que o movimento fosse capaz de mobilizar, com o objetivo de chamar a sociedade a refletir sobre a violência do modelo psiquiátrico e a aderir à luta de transformação. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 15).

No cenário nacional o movimento sanitário mobilizava a população para a inclusão na Constituição da emenda da saúde que, aliás, foi uma das únicas, senão a única emenda aprovada por proposta popular com mais de 150 mil assinaturas recolhidas. A nova Constituição, promulgada em 1988, já incorporava, em seus artigos 196 a 201, os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. Mas o SUS somente seria regulamentado em 1990, por intermédio das Leis Orgânicas 8.080/90 e 8142/90. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 15).

3.3 A EXPERIÊNCIA DE SANTOS E O NASCIMENTO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS À LÓGICA MANICOMIAL

Em 1989, apenas um ano após a promulgação da nova Constituição, um fato acabou marcando a política nacional de saúde Mental; em Santos – SP, a clínica psiquiátrica privada Anchieta, com freqüentes denúncias de violências contra os internos e inúmeros casos inclusive de mortes, teve a intervenção decretada a 03 de Maio, justamente, pelo então Secretário Municipal de Saúde, o sanitarista, e militante do movimento da reforma sanitária, David Capistrano da Costa Filho, um dos

fundadores do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES: pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil uma intervenção não caminhava apenas no sentido de investigar irregularidades, mas assumir a responsabilidade de criar concretamente uma alternativa. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 15-16).

Foi o início pioneiro da instalação de um novo sistema de atenção psicossocial no qual o princípio fundamental é a própria desconstrução do modelo asilar manicomial; o hospício foi desativado, em seu lugar, uma sofisticada estrutura de serviços, dispositivos e estratégias baseadas na concepção de território e rede passou a promover o cuidado, o acolhimento e a inclusão; pela primeira falou-se em serviços “substitutivos”, a partir da criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), protótipos de um novo modelo terapêutico e assistencial integrado. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 16).

A experiência de Santos foi fundamental por demonstrar a viabilidade de um novo paradigma, servindo de base a vários desdobramentos, como o Projeto de Lei 3.657/89 do Deputado Federal Paulo Delgado, que propôs a extinção progressiva dos manicômios em função de outras modalidades assistenciais; a idéia de inclusão como fundamento estava consolidada e de fato a relação com a comunidade, mais além, seu território próprio, passou então a ser fundamental para a construção contínua dos projetos transformadores; em Santos, além do aparelho assistencial renovado introduziu-se a utilização de estratégias de comunicação e intervenção cultural visando transformar a opinião pública e a própria relação da sociedade para com a loucura, levando, entre outras iniciativas, à criação da primeira estação de rádio e televisão de usuários, a Rádio e TV TAM-TAM, e à formação da primeira organização de trabalho, a Cooperativa Paratodos. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 16).

Em 1992 o Estado do Rio Grande do Sul promulgou a primeira lei de reforma psiquiátrica no país, a Lei 9.216, que regula os serviços de atenção psicossocial, prescrevendo a organização de serviços substitutivos, proíbe a construção de manicômios e a ampliação do número de leitos

e ressalta o papel do Estado na fiscalização dos serviços e da exploração privada da assistência psiquiátrica, além de outras provisões. Em dezembro daquele mesmo ano, com o cenário propiciado em grande parte pela experiência santista, pelo surgimento do projeto de lei da reforma psiquiátrica em nível federal e pela aprovação da lei no Estado do Rio Grande do Sul, foi realizada em Brasília a II Conferência Nacional de Atenção psicossocial, que contou com mais de 1.500 participantes dentre usuários, familiares, técnicos e representantes de entidades da sociedade civil. Estima-se que, nas três etapas da Conferência, isto é, dos encontros preliminares até sua realização, cerca de 20.000 pessoas estiveram diretamente envolvidas no processo. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 16-17).

O contínuo crescimento do movimento social Por Uma Sociedade Sem Manicômios propiciou a realização, em 1993, de outro evento muito importante: o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador, que contou com cerca de 500 participantes, dos quais cerca de um quarto era composto de usuários e familiares. O tema central foi o próprio Movimento enquanto movimento social de transformação, o que possibilitou a reavaliação de suas estratégias e princípios. O encontro teve ainda como temas a desinstitucionalização e a intervenção cultural (a cultura como alvo, a cultura como meio) no sentido de amplificar a noção desta intervenção como possibilidade de transformação das práticas sociais no lidar com o sofrimento psíquico, com a doença, com a diferença entre os sujeitos. O encontro de Salvador teve muitos desdobramentos, inclusive os Encontros de Associações de Usuários e Familiares, que culminaram com a elaboração da "Carta dos Direitos dos Usuários". (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 17).

3.4 OS DESAFIOS DA INTEGRALIDADE: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO BÁSICA – UM ENCONTRO PROMISSOR?

Durante o restante da década de 90, e já no novo milênio, a Reforma Psiquiátrica continua sua caminhada, incorporada à agenda de governos, em alguns casos, em outros, como movimento forte de resistência,

e em outros, ainda, como movimento marginal, sufocado por conjunturas ou circunstâncias desfavoráveis. Uma grande vitória foi, sem dúvida, a já tardia promulgação da lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em atenção psicossocial no país. De acordo com esta lei, é responsabilidade do Estado tanto o desenvolvimento de políticas de atenção psicossocial quanto à assistência e a promoção de ações de saúde, com a participação da família e da sociedade. O modelo de assistência proposto é baseado numa rede diversificada de serviços na comunidade (territorialização), atuando de forma integrada, descentralizada e intersetorial. Consolida-se, desta forma, o modelo baseado em serviços substitutivos aos manicômios, que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como residências terapêuticas, centros de convivência, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e uma série de propostas que tem, como objetivo geral, transformar o olhar da comunidade sobre os usuários dos serviços de atenção psicossocial. A lei corrobora, assim, a idéia de uma mudança cultural, indissociável das transformações que têm sido propostas no âmbito de outras reformas sociais, sobretudo a reforma sanitária. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 17-18).

O amadurecimento do projeto do SUS confirmou a necessidade de avançar o projeto das Reformas – sanitária e psiquiátrica, no sentido de efetivar a atenção e o cuidado no contexto da integralidade. A realização de inúmeros encontros, conferências e eventos que têm marcado os caminhos da Reforma Psiquiátrica vêm apontando para uma série de reflexões sobre a implementação deste projeto - de um sistema que contemple a saúde integral como direito da cidadania e dever do Estado. Talvez por isso a III CNSM, realizada em 2001, tenha se apresentado com este caráter eminentemente reflexivo, já agora numa conjuntura política que se afigura, ao mesmo tempo, sob os auspícios e os perigos da incorporação do movimento à agenda do poder de Estado. Assim foi, também, o espírito do recente Congresso de CAPS, realizado em junho de 2004, no Rio de Janeiro. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 18).

O caminhar da Reforma Psiquiátrica, inclusive por razões de natureza estrutural e epistemológica, se deu, de certa forma, independentemente

do Movimento da Reforma Sanitária. As linguagens, concepções, posturas, crenças, mitos e comportamentos assumidos pelos reformadores da saúde mental e da Reforma Sanitária não são, necessariamente os mesmos e, em alguns aspectos, são plenamente contraditórios. A caminhada destas duas vertentes do Movimento da Saúde criou vocabulários, gramáticas, representações, cartografias que, muitas vezes, mais se chocam que se harmonizam com perfeição. Pode-se pensar que, a necessidade urgente e inadiável de se juntar mente e corpo, na perspectiva concreta e conceitual da integralidade, demanda estratégias de integração entre saberes, movimentos, políticas, serviços e profissionais. Esta necessidade obriga-nos a repensar estes saberes, movimentos, políticas e serviços, bem como o papel político, terapêutico e humanizador dos profissionais e do sistema como um todo. E o contexto deste repensar tem como protagonista a Atenção Básica. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 18-19).

O encontro destes agentes no contexto da Atenção Básica é, portanto, elemento chave na definição da direção que vai tomar o SUS. Este encontro, esta inclusão, esta integração é empreendimento estratégico de altíssima complexidade, e a maneira como será - ou, em alguns casos já está sendo - propiciado implica em profundas repercussões para a sociedade, para suas políticas públicas e para a cidadania como um todo. As consequências positivas ou desastrosas deste encontro serão determinadas pelo grau de seriedade, competência, honestidade, sensibilidade e clareza que lhes for dedicado pelos que têm responsabilidade direta na elaboração, no planejamento, na implementação, na gestão, na execução e na avaliação das estratégias, programas, projetos e iniciativas na área da saúde. Vemos como particularmente importantes, neste contexto, as maneiras como serão planejadas, implementadas, executadas, monitoradas e avaliadas as ações de integração do campo da Atenção psicossocial no contexto das Unidades Básicas de Saúde, vis a vis a evolução de um sistema que deverá, para alcançar um grau satisfatório de sucesso naquilo a que se propõe, realizar, na prática, pelo menos uma parte daquilo que já conseguiu colocar em discurso e/ou em lei: promover a humanização, tanto dos serviços quanto dos proces-

sos de trabalho, privilegiar uma produtividade baseada na qualidade, estabelecer um cuidado eficaz, promover a qualidade da vida e a inclusão social, econômica e cultural. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 19).

É mister, para isso, que os profissionais, usuários, gestores, e outros agentes políticos e institucionais, inclusive órgãos governamentais em todos os níveis e da iniciativa privada com e sem fins lucrativos, se engajem, inequivocamente, na luta por melhores condições de vida em nosso país. Por isso acreditamos na promoção da discussão ampla das necessidades básicas e dos deveres da cidadania. Por isso, também, acreditamos na necessidade da fundamentação histórica, do conhecimento das concepções filosóficas, dos contextos sócio-políticos e culturais, que configuram a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária. A apropriação destes conhecimentos permite análises mais aprofundadas, mais apropriadas e mais eficazes para o avanço de um sistema de saúde no qual a integralidade seja efetivamente incorporada, e a produção social da saúde seja cada vez mais factível, viável e coletivamente construída. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 19).

Por sua participação política e suas propostas, que atingem a dimensão cultural e da cidadania como um todo, o movimento pela Reforma Psiquiátrica tem sido apontado como um dos mais importantes movimentos sociais contemporâneos, atuando com uma agenda ímpar, que privilegia a inclusão, a solidariedade e a cidadania. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 19-20). Entretanto, dez anos após a promulgação da lei n. 10.216/2001, não se verifica uma mobilização e atuação do movimento social em saúde mental e da Reforma Psiquiátrica em especial, em prol dos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Talvez, isso se deva às peculiaridades que caracterizam o tratamento dispensado a eles, por meio da medida de segurança e do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que serão objetos de análise nas próximas seções.

4. DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO AO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL

O HCTP, por princípio, padece de uma natureza francamente ambígua: estabelecimentos tidos como centros de tratamento de pessoas com transtornos mentais que, em razão do transtorno, tenham praticado algum tipo de ilícito penal, apesar de intitulados como “hospitais”, não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim na estrutura do sistema prisional.

A sobreposição de dois modelos de intervenção social – o jurídico-punitivo e o psiquiátrico-terapêutico – acarreta uma discrepância entre a finalidade declarada e a sua inserção de fato, que já vem ocorrendo desde o surgimento da instituição, como demonstrado por Carrara (1998) e Mamede (2006).

4.1 O SURGIMENTO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO

De acordo com Margarida Mamede (2006, p. 27-28) e Sérgio Carrara (1998, p. 48):

○ nascimento das instituições denominadas Manicômios Judiciários (MJs), atualmente denominados hospitais de custódia, se deu na Inglaterra no final do século XIX, mais exatamente em 1870, na prisão de Broadmoor.

A história desses hospitais-presídios, no mundo e no Brasil, é bastante próxima do surgimento das prisões e da psiquiatria.

Preceitos como o alienismo enquanto tratamento moral e a correção carcerária, aliados à disciplina com viés religioso e o isolamento, baseavam-se na crença de que aqueles que não conseguiram se adequar aos padrões sociais da época, decorrentes da ascendência burguesa e da industrialização, deveriam ser isolados do restante da população a fim de evitar uma epidemia e comprometer gerações futuras. (ROCHA, 1994 apud MAMEDE, 2006, p. 27-28).

No Brasil, a criação oficial dos manicômios judiciários ocorreu em 22 de dezembro de 1903, pelo Decreto nº 1.132/1903, como menciona Mamede (2006). Norma de importância fundamental para o presente

estudo, pois, segundo Musse (2006, p. 61), sua finalidade era: reorganizar o atendimento psiquiátrico dos doentes mentais, constituindo a primeira reforma psiquiátrica brasileira, no campo jurídico-legislativo, trazendo para o texto da lei transformações propostas na esfera médico-científica.

Nesse sentido, o art. 10 do referido decreto passou a proibir o encarceramento conjunto de alienados e criminosos, determinando, ainda, o art. 11 a criação de manicômios judiciários ou criminais visando a garantir a separação entre loucos criminosos e criminosos, dispondo que na falta de manicômios deveriam ser asilados em instituição pública, em espaço a eles reservado. (MUSSE, 2006, p. 67).

Da previsão legislativa até a efetiva implementação do disposto no Art. 11 do Decreto n. 1.132/1903 decorreram aproximadamente dezesseis anos. Em 1919, foi construído o primeiro manicômio judiciário brasileiro, no Rio de Janeiro. O segundo foi fundado em Porto Alegre, em outubro de 1925 e o terceiro foi o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, no Estado de São Paulo, em 1933, a partir de uma Seção do Hospital do Juquery, segundo Mamede (2006).

4.2 HCTPS E SUA AMBIGUIDADE EXISTENCIAL⁷

A já mencionada ambiguidade existencial dos HCTPs não se dissipou com o passar do tempo. Pelo contrário, atualmente, no Brasil, encontram-se em funcionamento 30 (trinta) hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs) e 01 (uma) ala de tratamento psiquiátrico (ATP) em penitenciária comum, que acolhem 3.604 (três mil seiscentas e quatro) pessoas com transtornos mentais ou dependência química em conflito com a lei, conforme dados do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (DEPEN-MJ) de dezembro de 2010, abaixo reproduzidos.

7. Para elaborar esse tópico foram utilizadas as seguintes referências: CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. (Coleção Saúde & Sociedade). p. 29-43; JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESMPU, 2008; MAMEDE, Margarida C. Cartas e retratos: uma clínica em direção à ética. São Paulo: Altamira, 2006. p. 28-29; MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direito**: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

Essas informações, contudo, devem ser repassadas ao Ministério da Justiça – por meio do Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN) - pelos próprios gestores dos HCTPs e das penitenciárias que dispõem de ATPs, o que nem sempre ocorre, como é possível vislumbrar pela análise da figura 1. Logo, esses dados, embora oficiais, não correspondem ao total de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei em medida de segurança em HCTPs ou ATPs.⁸

Figura 1 - HCTPs, ATs e população custodeada

UF	Cidade	Tipo	Público Alvo	Nome da instituição	Endereço	População custodiada
AL	Maceió	HCTP	Ambos	Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Maranhão Suruagy	Br. 104, Km 14, S/N - Maceió – CEP: 57000-000	90
AM	Manaus	HCTP	Ambos	HCTP do Amazonas	Av. Sete De Setembro - Manaus - CEP: 69055-140	27
BA	Salvador	HCTP	Ambos	HCTP	Praça Luiz Maria, S/N, Baixa do Fiscal - Salvador - CEP: 40405-180	164
CE	Itaitinga	HCTP	Masc	Hospital Geral e Sanatório Penal Professor Otávio Lobo	Br 116, Km 17 - Itaitinga - CEP: 61880-000	29
CE	Itaitinga	HCTP	Masc	Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes	Br 116, Km 17 - Itaitinga - CEP: 61880-000	117
DF	Brasília	Ala Trat. Psiq.	Ambas	Ala de Tratamento Psiquiátrico	Chácara Luis Fernando, Área Especial, 02, Gama-DF- CEP: 72.460-000	0 ⁹

8. O DEPEN-MJ está realizando censo nacional de HCTPs e pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei que cumprem medida de segurança, mas os dados ainda não foram divulgados.

9. Os dados populacionais pertinentes à ATP (DF), à Unidade de Saúde Mental II (MT), ao Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário + Ala De Psiquiatria (SP) e ao HCTP Prof. André Teixeira Lima e Desinternação Progressiva (SP), encontram-se desatualizados no INFOPEN por ausência ou erro de preenchimento por parte da Unidade da Federação, estando assim, “zerados”, conforme informações dadas por servidor do próprio DEPEN-MJ.

Foi informado, verbalmente, a essa comissão, que o Distrito Federal tem mais de 100 pessoas internadas na ATP do DF cumprindo medida de segurança, o que já altera os dados oficiais aqui expostos.

Durante a audiência pública, ocorrida em 20 de junho de 2011, foi informado, por escrito, a essa comissão, que a Unidade de Saúde Mental II (MT) conta com 30 pacientes, apesar de possuir capacidade para atender 22 (vinte e dois). Encontra-se em curso uma reforma do seu espaço físico a fim de atender até 40 pacientes.

UF	Cidade	Tipo	Público Alvo	Nome da instituição	Endereço	População custodiada
ES	Cariacica	HCTP	Ambos	HCTP	Rodovia José Sete , Sn, Roças Velhas - Cariacica - CEP: 29156-970	59
MG	Barbacena	HCTP	Masc	Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz	Rua Dr. Pena, S/Nº, Centro - Barbacena - CEP: 36202-34º	194
MG	Juiz de Fora	HCTP	Masc	Hospital Toxicômanos Pe. Wilson Vale Da Costa	Rua Diva Garcia, Nº 3351 - Linhares - Juiz De Fora - CEP: 36060-300	51
MG	Ribeirão das Neves	HCTP	Masc	Centro de Apoio Médico e Pericial	Praça Da Esplanada, S/Nº, Centro - Ribeirão das Neves - CEP: 33805-660	74
MT	Cuiabá	HCTP	Ambos	Unidades De Saúde Mental II	Presídio Pascoal Ramos – Br 364, Km 12, Bairro Pascoal Ramos, Cuiabá, MT – CEP: 78098-280	0
PA	Santa Isabel do Pará	HCTP	Ambos	HCTP	Rod. Br 316, Km 14 Pass. Mº De Freitas Guimarães, S/Nº - Santa Isabel do Pará - CEP: 67200-000	155
PB	João Pessoa	HCTP	Masc	Instituto De Psiquiatria Forense - IPF-PB	Avenida Dom Pedro li, 1826 - João Pessoa - CEP: 58040-400	97
PE	Ilha de Itamaracá	HCTP	Ambos	HCTP	Engenho São João, S/N Itamaracá - Pe - Ilha de Itamaracá - CEP: 53.900-000	471
PI	Altos	HCTP	Masc	Hospital Penitenciário Valter Alencar	Br 343 Km 26 - Altos - CEP: 64290-000	49
PR	Pinhais	HCTP	Ambos	Complexo Médico Penal Do Paraná	Av. Ivone Pimentel, S/Nº - Pinhais - CEP: 83420-000	539

UF	Cidade	Tipo	Público Alvo	Nome da instituição	Endereço	População custodiada
RJ	Rio de Janeiro	HCTP	Masc	HCTP Heitor Carrilho	Rua Frei Caneca - Rio De Janeiro	79
RJ	Niterói	HCTP	Masc	HCTP Henrique Roxo	Rua Prof. Heitor Carrilho S/Nº Niterói - Centro - Niterói - CEP: 24030-230	107
RJ	Niterói	HCTP	Ambos	Hospital Penal De Niterói	Av. Alameda São Boaventura - Niterói - CEP: 24130-001	2
RJ	Rio de Janeiro	HCTP	Ambos	Hospital Dr. Hamilton Agostinho Vieira De Castro	Est. General Emilio Maurell Filho - Rio de Janeiro - CEP: 21854-010	26
RJ	Rio de Janeiro	HCTP	Ambos	Centro De Tratamento E Dependência Química Roberto Medeiros	Est. General Emílio Maurell Filho 1100 Gericinó - Rio de Janeiro - CEP: 21854-010	47
RJ	Rio de Janeiro	HCTP	Ambos	Hospital Penal Fábio Soares Maciel	Estrada General Emiliomaurell Filho S/Nº - Rio de Janeiro - CEP: 20211-020	3
RJ	Rio de Janeiro	HCTP	Ambos	Hospital Sanatório Penal	Estrada Guandu Do Senna Nº 1902 - Bangú - Rio de Janeiro - CEP: 21854-000	21
RN	Natal	HCTP	Masc	Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal	Rua Iguatu, Sn Conjunto Santa-rém - Natal - CEP: 59124-010	51
RS	Porto Alegre	HCTP	Ambos	Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso	Av. Bento Gonçalves, Nº 2850 - Partenon - Porto Alegre - CEP: 90650-001	506

UF	Cidade	Tipo	Público Alvo	Nome da instituição	Endereço	População custodiada
SC	Florianópolis	HCTP	Masc	HCTP	Rua Delminda Silveira S/N Bairro Trindade - Florianópolis - CEP: 88025-500	135
SE	Aracaju	HCTP	Ambos	HCTP de Sergipe	Rua Argentina, Nº421, Bairro América. - Aracaju - CEP: 49080-350	95
SP	São Paulo	HCTP	Ambos	Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário + Ala de Psiquiatria	Rua Dom José Maurício, 15 - São Paulo - CEP: 02028-000	0
SP	Franco da Rocha	HCTP	Ambos	HCTP Prof André Teixeira Lima e Desinternação Progressiva de Franco da Rocha	Rod Luiz Salomão Chama, Km 43 - Franco da Rocha - CEP: 07780-000	0
SP	Franco da Rocha	HCTP	Masc	Hospital De Custódia E Tratamento Psiquiátrico II De Franco Da Rocha	Rod Luiz Salomão Chama, Km45 - Franco da Rocha - CEP: 07859-340	163
SP	Taubaté	HCTP	Ambos	HCTP Dr Arnaldo Amado Ferreira E Centro De Readaptação Penitenciaria De Taubaté	Av Marechal Deodoro Da Fonseca, 746 - Taubaté - CEP: 12080-000	253
População custodiada Total						3.604

Fonte: Ministério da Justiça/INFOPEN, dez./2010

Essas unidades de tratamento encontram-se instaladas em 18 (dezoito) estados da federação – AL, AM, BA, CE, ES, MG, MT, PA, PB, PE, PI, PR, RJ, RN, RS SC, SE e SP - e no Distrito Federal - DF, que possui uma ATP e não um HCTP propriamente dito. O Rio de Janeiro possui a maior concentração de HCTPs, com um total de 07 (sete), seguido dos estados de São Paulo, com 04 (quatro) e Minas Gerais, com 03 (três).

A literatura especializada em MJs, ainda escassa no Brasil, é unânime em mostrar os maiores problemas desse tipo de hospital: a ambigüidade de sua existência (prisão versus hospital), a ineficácia e a impossibilidade,

até então, de um consenso e de um diálogo profundo entre o direito, a medicina, a psicologia e outros saberes que se debruçam sobre as pessoas para lá encaminhadas. Questiona-se: onde devem estar os doentes que cometeram crimes? Se são doentes, por que permanecem em um hospital que prioriza a ideologia carcerária e tem um funcionamento muito mais próximo de uma penitenciária do que de um hospital? (MA-MEDE, 2006, p. 28-29).

Manifesta-se nesse mesmo sentido Sérgio Carrara quando afirma que:

[...] De fato, através de minha experiência em campo, foi possível perceber que a instituição apresenta a **ambivalência como marca distintiva e a ambiguidade como espécie** (se os psiquiatras me permitem o uso da expressão) de “defeito constitucional”. Através da legislação e do tratamento dispensado aos loucos-criminosos, foi possível ainda perceber que essa ambivalência poderia ser detectada em vários níveis. Uma linha, a um só tempo lógica e sociológica, parece atravessar toda a instituição, marcando desde a legislação que a suporta até a identidade auto-atribuída dos internos e das equipes de profissionais encarregadas do estabelecimento. (CARRARA, 1998, p. 28; grifos nossos).

As razões desse “vício de origem” dos HCTPs que estariam, segundo Carrara (1998, p. 28-29) “[...] na segunda metade do século XIX”, quando tem início a articulação entre crime e transgressão persistem, pois como reconhece o Ministério da Saúde (2010, p. 1) “os HCTPs também são considerados unidades hospitalares de tratamento e não apenas unidades prisionais de custódia, o que os coloca em uma situação peculiar, que reclama uma regulamentação específica”.

4.3 OUTRAS AMBIGUIDADES DO MJ/HCTP

4.3.1 Médicos versus juízes

As contradições lógicas do MJ/HCTP e da Medida de Segurança apresentam-se, primeiramente, na posição do perito psiquiatra em relação ao juiz que atua no feito e do perito psiquiatra em relação aos demais membros da equipe psicossocial. O juiz não tem a obrigação de acolher o laudo, no todo ou em parte, emitido pelo perito, quando o caso envolve alguma dúvida sobre a “sanidade mental” do acusado ou do condenado ou, ainda, sobre a cessação da periculosidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei

Com o estabelecimento e desenvolvimento do estatuto do Manicômio Judiciário (MJ) estabelece-se uma relação singular do médico psiquiatra forense com o poder judiciário. O psiquiatra na sua prática no MJ assume, entre outras, as tarefas de apurar as condições mentais duvidosas dos sentenciados, as suspeitas de simulação, promover o tratamento planejado dos temíveis, incorrigíveis, considerados de alta periculosidade. Mais que isso, o MJ torna-se fundamental para as decisões judiciais, a partir da perícia médico-legal, que instrui o livre julgamento do Juiz. Os procedimentos assistenciais são de importância crucial para a finalidade da cessação da periculosidade, que pode ser estabelecida por critério da perícia médico-legal e novamente instruir o livre julgamento do juiz. Os critérios técnicos do médico não são retirados, mas passam a subordinar-se a princípios legais normativos. O MJ passa a exercer um papel preponderante na política criminal, vindo a funcionar como organismo técnico, científico, assistencial e de defesa social. (OLIVEIRA, 2011, lidos no original).

O problema que se afigura é, em última instância, se o tratamento a ser adotado em relação à saúde mental da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e sua ressocialização/reintegração psicossocial é uma questão de prudência ou de ciência. Em outros termos, a quem compete dar a última palavra acerca do tratamento concedido à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei: ao juiz, ouvido o perito médico? Exclusivamente ao médico ou à equipe interdisciplinar, composta pelo médico e por outros profissionais da área psi e social, responsáveis pela atenção integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei?

4.3.2 Equipe de Atenção Psicossocial *versus* guardas

Enquanto prisão/hospital ou hospital/prisão, esse estabelecimento *genus* conta com duas equipes de profissionais. De um lado, os representantes da lei, os guardas, os agentes penitenciários ou carcerários e de outro, os profissionais da saúde e, em especial, os psi (psiquiatras e psicólogos).

Como um desdobramento dessa tensão surge a seguinte: a quem deve caber a direção do HCTP e a condução do processo de cumprimento da medida de segurança: profissionais da saúde, profissionais psi ou guardas? Como todos os demais aspectos que envolvem a problemática do *status* do Manicômio Judiciário e seu sucessor, o HCTP, a resposta

não é simples ou unânime. Porém, se pensarmos que estamos dentro de um hospital e lidando com pessoas em sofrimento psíquico, denotaria fragmentação que esse contexto não fosse visto e gerenciado, também, sob a ótica da saúde e de seus profissionais. (MAMEDE, 2010) Sobre esse tema, discutiremos mais adiante o posicionamento desta Comissão.

4.3.3 Psicóticos versus Psicopatas

Não é de nosso interesse¹⁰ apresentar um exame aprofundado das sociopatias ou da natureza do crime perpetrado por psicopatas, mas apontar algumas bases utilizadas para a tomada de decisões de profunda importância no âmbito do aparato judicial-psiquiátrico referente a estes temas. Nesse sentido, enfatizamos a extrema complexidade do tema, para que se possa refletir sobre como devemos tratar as questões que perante nós se colocam, como do julgamento do crime e da delinquência.

4.3.3.1 O que é “sociopatia”

Os diagnósticos médicos e psiquiátricos são estabelecidos com base em duas referências principais, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, atualmente em sua 10ª versão (CID-10, 2003) e o Manual de Diagnóstico Psiquiátrico da *American Psychiatric Association*, traduzido para o português e atualmente em sua 4ª versão revista e atualizada, o DSM-IV-TR (2002).

A lógica do CID e do DSM é descritiva, categorial e protocolar, isto é, com base em uma nosologia que tem suas raízes no trabalho de Emil Kraepelin, do início do século XX, apresentam-se descrições de sensações e sentimentos (sintomas) e comportamentos ou certos aspectos físicos detectáveis (sinais) que, formando conjuntos (síndromes) definem categorias diagnósticas. O raciocínio protocolar pauta-se pela presença de certo número de sintomas e sinais, sendo um diagnóstico efetivado quando é detectada com uma determinada distribuição temporal. O sistema de diagnósticos do DSM é complexo, admitindo um enorme número de eixos, secções, categorias, síndromes, comportamentos e sintomas, cobrindo quase todos os territórios da vida de relação.

10. Este tópico foi desenvolvido a pedido desta Comissão, por Walter Ferreira de Oliveira e Margarida Mamede.

O termo Psicopatia, bem como seu sinônimo mais recente, Sociopatia, refere-se a uma das patologias recomendadas, desde a sistematização de Heitor Carrilho na década de 1950, para a prática de Medida de Segurança. No sistema do DSM o diagnóstico se processa por algumas categorias, entre as quais se destacam a de Transtornos da Conduta e a de Transtorno da Personalidade Anti-Social.

Os Transtornos da Conduta encontram-se, no DSM IV-TR inicialmente entre os Transtornos Diagnosticados Pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência (2002, p. 120-125). São ali definidos por

Um padrão repetitivo e persistente de comportamento nos quais são violados os direitos individuais dos outros, ou normas, ou regras sociais importantes próprias da idade.

Os sintomas e sinais de referência distribuem-se em quatro categorias: agressão a pessoas e animais, destruição de patrimônio, defraudação ou furto e sérias violações de regras. O DSM-IV-TR propõe que este transtorno, que classifica como leve, moderado ou grave, é diagnosticável quando

a perturbação do comportamento causa comprometimento clinicamente significativo do funcionamento social, acadêmico ou profissional. (DSM-IV-TR, 2002, p. 120-125)

Em capítulo posterior do DSM-IV-TR aparecem os Transtornos da Personalidade Anti-Social (2002, p. 656). O transtorno é definido como “um padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios, que ocorre desde os 15 anos”, indicando-se o diagnóstico pela presença de no mínimo três de uma lista de sete sintomas, referentes à inadequação a normas sociais, propensão à mentira, impulsividade, fracasso de fazer planos para o futuro, desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia, irresponsabilidade laboral e financeira e ausência de remorso por ter ferido, maltratado ou roubado alguém. O diagnóstico é reforçado quando há indícios de transtorno da conduta na infância ou na adolescência.

Os critérios diagnósticos descritivos, amplamente utilizados no processo médico-psiquiátrico, referem-se sobretudo à conduta e ao comportamento. Mas no território jurídico, a grande discussão se trava, ainda, em torno de outras dimensões da análise do fenômeno psíquico, pois a finalidade

é imputar ou não culpa, impor pena retributiva ou medida de segurança, concluir, enfim, se o criminoso é doente ou apresenta um transtorno e se à sua doença ou transtorno pode ser atribuído o ato criminoso. O que nos remete a refletir sobre a noção de caráter. (OLIVEIRA, 2011)

Conforme Margarida Mamede (2011), segundo o CID-10 há uma variedade ampla de comportamentos que se encaixam nessa categoria, que vão desde o transtorno de personalidade paranóide até os transtornos sexuais associados ao desenvolvimento sexual como, por exemplo, a pedofilia. A psiquiatria clássica adota outras terminologias para esses transtornos, como a “sociopatia”.

Ainda de acordo com o CID-10 (2003), normalmente atribui-se a alteração de personalidade desses indivíduos a uma vivência de estresse grave, privações ambientais e emocionais e mesmo lesões cerebrais. Observa-se uma ruptura entre as várias áreas da personalidade, o que leva geralmente a problemas de caráter; as relações pessoais e com o meio ficam comprometidas, pois passa a ser difícil seguir regras e o afeto é apenas auto-referente. Consoante essa classificação internacional, “o padrão anormal de comportamento é invasivo e claramente mal-adaptativo para uma ampla série de situações pessoais e sociais” (OMS, 2003).

No que se refere a pacientes com esses transtornos, é difícil o consenso entre as áreas do saber envolvidas e normalmente há conflitos quanto ao diagnóstico e quanto ao tratamento. O que a experiência mostra é que quando os transtornos não são acompanhados de alterações psicóticas e, portanto, há consciência do que se pratica, esses indivíduos não deveriam receber Medida de Segurança, pois podem ser considerados imputáveis. A questão do tratamento também é complexa, uma vez que não há medicação específica (os problemas são de caráter) e geralmente essas pessoas não aderem ou não conseguem fazer uso de processos psicoterapêuticos.

4.3.3.2 Contextualizando a questão do caráter e sua relação com a “sociopatia”

A questão do caráter tem sido abordada em diversos campos do conhecimento. O tema, inerentemente ligado à ética, é objeto da obra

de artistas como Shakespeare e Molière, filósofos como Aristóteles e Montaigne, e marcou o desenvolvimento de escolas de pensamento como os estudos constitucionais (Ex.: Kretschmer, Viola) e a caracterologia psicológica (Ex.: Jung, Roscharch).

A temática avançou a partir da obra de Freud que distingue o caráter histérico, os frustrados que incessantemente esperam por uma reparação, os que fracassam diante do sucesso e os criminosos por culpabilidade. Freud acaba fixando uma tripla origem ao caráter: as pulsões sexuais, a sublimação e outras construções destinadas a reprimir movimentos perversos. Interessa-se pelas distinções, fundamentais no plano genético, dos elementos caracteriais masculinos e femininos.

O fundador da psicanálise não aceita os esquemas de classificação caracterológica da psiquiatria tradicional, desafiando a dicotomia radical que esta atribui às noções de normal e patológico. Propõe sua própria classificação caracterológica, apoiando-se em correlações entre caráter e libido partindo, então, de três tipos libidinais principais: o tipo erótico, o tipo obsessivo e o tipo narcisista, este último, o mais importante para nossa discussão, caracteriza-se pela carência de tensão entre ego e superego, não havendo predominância das necessidades eróticas, sendo as pessoas aí caracterizadas orientadas para a autoconservação, autonomia e pouco intimidáveis, impondo-se como “personalidades” que, entre outras atribuições, busca assegurar o papel de *leader* (no original *Führer*), dar ao desenvolvimento cultural novas impulsões ou atacar aquilo que está estabelecido. Freud admite ainda os tipos mistos erótico-obsessivo, erótico-narcisista e narcisista-obsessivo.

Importante, nesta análise, é a conclusão final de Freud de que o caráter deve ser atribuído ao ego. A psicanálise pós-freudiana continuou interessada nos estudos do caráter, desenvolvendo uma profícua produção intelectual sobre o tema, inclusive sobre as patologias do caráter e sua distinção de formações reativas.

A proposta de Bergeret (1988, p. 167), por sua vez, é de uma classificação em três níveis: o caráter propriamente dito, o plano dos “traços de caráter” e o domínio da patologia do caráter. Ao definir o caráter, considera “a emanção mesma da estrutura profunda na vida relacional

(independente de todo e qualquer eventual fator mórbido); o caráter constitui, pois, o testemunho visível da estrutura de base da personalidade, o verdadeiro “sinal exterior de riqueza ou pobreza estrutural”; ou seja, o caráter seria central na personalidade dos indivíduos. Nessa perspectiva, o caráter reflete as maneiras como as estruturas de base da psique se resolvem – ou prolongam sua resolução – a partir da adolescência, sublinhando o estabelecimento de, entre outros, os planos de funcionamento defensivo e adaptativo do ego, a maneira como são tratadas as necessidades pulsionais, a natureza da escolha objetal, o nível dos conflitos, o estatuto das representações oníricas e fantasmáticas, as particularidades da angústia latente. O caráter se revela por seus aspectos relacionais manifestos, que dependem das características estruturais latentes. Proposições que se coadunam com as de Otto Fenichel (1966) de que o caráter medeia o terreno entre as exigências pulsionais e o mundo exterior. Evidencia-se desta forma uma função primordial do ego, a de decidir por ações que resolvam a tensão entre estas exigências e as normas sociais, em alguns momentos isto quer dizer decidir pela aceitação ou transgressão das normas.

A decisão sobre a responsabilidade, culpabilidade e punição retributiva ou por medida de segurança tem uma relação direta sobre o entendimento que se tenha de que a ação transgressora, resultante da decisão sobre transgredir ou não a norma em questão, é tomada por um ego capaz de ser imputável ou não, com base no julgamento moral e psiquiátrico sobre o juízo e o caráter. É aí que se emaranham preceitos éticos, morais, psicológicos, psicanalíticos e psiquiátricos, desafiando a perspicácia de médicos psiquiatras, psicólogos, advogados e juizes.

A delicadeza do tema é extrema e os estudos não arriscam muitas afirmações categóricas, ao contrário, a complexidade do assunto favorece quase que um hermetismo profissional. Berger et al. (1988, p. 209-211) apontam a dificuldade semântica em discorrer sobre o tema das perversões, por exemplo, utilizando diferentemente expressões como caráter perverso, que considera não patológico, baseado em uma organização mental perversa, e perversões do caráter, além da diferenciação dos “perversos típicos”, tal como habitualmente são representados.

4.3.3.3 A “sociopatia” e os dilemas na atribuição da culpabilidade e da pena

As definições e dúvidas colocadas acima atingem não só uma variedade de descrições do caráter, da conduta e do comportamento tipicamente encontrados nas pessoas diagnosticadas como “psicopatas” ou “sociopatas”, mas servem como base para a abordagem dos problemas maiores que se colocam para as decisões sobre imputabilidade e pena a serem tomadas no âmbito psiquiátrico-judicial.

A psicodinâmica, onde se insere a psicanálise, é um núcleo de saber que tem produzido conhecimento sobre a “psicopatia” e vê a conduta como produto de quatro fatores inter-relacionados: motivos básicos, estruturas mentais que controlam as motivações e regulam sua expressão, valores, objetivos e atitudes incorporados da família e da sociedade, e a realidade externa, inclusive outras pessoas importantes na vida do indivíduo. Esta tipologia permite inferir que os atos cometidos pelas pessoas constituem-se em um resultado misto de produção social e caracteres individuais predispositivos.

No que tange ao julgamento da culpabilidade e da imputabilidade, uma das tarefas será averiguar se, ao cometer o ato, a pessoa tinha condições psíquicas de julgar o mérito do ato cometido e as consequências resultantes de seu cometimento. A questão é já demasiado complexa em si mesma, a tarefa é sujeita a julgamentos subjetivos de confiabilidade bastante discutível e, além disso, há ainda o fator complicador o fenômeno da contra-transferência, que engloba os sentimentos inconscientes do profissional em relação ao perpetrador. Neste sentido, MacKinnon & Michels (1981) ressaltam tanto o sentimento de repulsa quanto o de inveja, que o “sociopata” pode despertar no profissional.

O exame psiquiátrico meticuloso é essencial para os laudos que fundamentarão as decisões jurídicas, mas há que se entender muito claramente que, por melhor que seja o trabalho psiquiátrico, não há garantia nem de um diagnóstico indiscutível nem de um processo judicial psiquiátrico isento nem de garantia de alta e cura da pessoa com diagnóstico de psicopatia. Os motivos para isso derivam da discussão colocada aci-

ma, quanto ao diagnóstico, devido à natureza relativamente arbitrária do diagnóstico categorial e às incertezas exacerbadas pelas correntes dissidentes da categorização psiquiátrica, como a própria psicanálise freudiana e pós-freudiana.

Quanto à isenção, torna-se difícil em um território historicamente motivado por retribuições e culturalmente estruturado por atitudes plenamente parciais em relação aos motivos, formas de perpetração, objetos de ação e maneiras de encarar o próprio ato, todas, de maneira geral, consideradas repulsivas no comportamento manifesto dos “sociopatas”.

No que tange à previsibilidade, ou seja, ao prognóstico, com as indicações dos laudos apontando ou não para uma cura ou melhora, ou recidiva, a situação é ainda mais complexa. Não se pode garantir, no caso da “psicopatia”, que se consigam as informações adequadas relativas ao mundo interior do paciente, por melhor que seja a condução dos procedimentos semiológicos. Por outro lado, mesmo havendo uma perceptível e convincente melhora do quadro em um determinado momento do tratamento, não há nenhuma forma de garantir o comportamento futuro do sujeito em questão, o que propicia que os profissionais responsáveis pelos laudos adotem condutas extremamente conservadoras, dado o medo de incorrer em erro que pode ser fatal à segurança do paciente ou de outrem. Esta postura pode ser prejudicial, por outro lado, ao sujeito apenado, sua família, e à comunidade em geral, o que se agrava com as possibilidades de erros diagnósticos de toda ordem.

Finalmente, há que considerar que a situação real dos HCTPs não é nem um pouco favorável, do ponto de vista dos recursos necessários, a seu funcionamento. Entre os assim denominados serviços de saúde, os HCTPs estão certamente entre os mais prejudicados, em parte pela situação geral de precariedade do sistema prisional e por outra parte ainda como reflexo das atitudes culturais estigmatizantes em relação a este personagem que incorpora duas figuras historicamente discriminadas, o criminoso e o “louco”.

Nesse contexto de precariedade, paradoxalmente há necessidade de uma extrema competência institucional. O objeto de estudo e interven-

ção, neste caso, carrega, além da complexidade natural dos problemas psiquiátricos e jurídicos, o casamento intersetorial destes dois campos, com seus vários núcleos de saberes e práticas profissionais, o que tradicionalmente é problemático e longe de bem resolvido no Brasil, conforme já abordado no tópico 4 deste parecer. Este panorama determina que um dos objetivos centrais no processo psiquiátrico, o da terapêutica, fique crucialmente prejudicado. Ora, se com um processo terapêutico efetivo, eficaz e eficiente, em um ambiente com ótimas condições estruturais já seria extremamente difícil o labor terapêutico, que poderia propiciar certa sensação de segurança ao desempenho do sistema jurídico-psiquiátrico, em condições totalmente adversas em todos estes quesitos, como é o caso atual dos HCTPs, o que se pode esperar?

Finalmente, uma consideração em aberto é sobre a natureza diferencial do julgamento do crime como produto patológico ou não patológico. Em outras palavras, há crime que pode ser considerado normal? O indivíduo não estaria sempre possuído, de alguma forma, ou por uma paixão, condições emocionais extremas, ou de qualquer outra forma, agindo de maneira anormal, no que consideramos como normalidade teleológica? A questão não é apenas retórica, mas frente às dissidências abertas não só no campo das psiquiatrias, das psicologias e das sociologias, mas no campo da Ciência como um todo, é perfeitamente cabível e além de aumentar a necessidade de discussão em todos os níveis da sociedade, acirra os confrontos corporativos, o que por outro lado contribui para que o conhecimento produzido seja afetado por estas dissidências e perca, portanto, em qualidade, já que não há mais espaço, em um mundo complexo como o nosso, para monoculturas disciplinares e profissionais.

5. RESPONSABILIDADE PENAL E MEDIDA DE SEGURANÇA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A medida de segurança é fruto do paradigma imposto pela Escola Positiva e, assim, essa idéia foi elaborada a partir do século XIX e permanece na legislação penal até os dias de hoje. O atual Código Penal

(CP) brasileiro que é de 1940, com a parte geral modificada em 1984, passou a aplicar a medida de segurança somente para os inimputáveis e semi-imputáveis considerados perigosos. Sendo assim, a medida de segurança impõe a privação ou restrição de direitos e acaba se tornando também retributiva e voltada para o passado, assim como a pena, pois ambas são aplicadas após a prática do crime. (MARCHEWKA, 2007).

As medidas de segurança são, portanto, sanções penais destinadas aos autores de um injusto penal punível, embora não culpável em razão da inimputabilidade do agente. Ou seja, tais medidas, para serem aplicadas, exigem o concurso simultâneo de todos os requisitos e pressupostos do crime, com exceção da imputabilidade do autor, unicamente. (QUEIROZ, 2010, p. 437).

Em 1984, a influência da reforma psiquiátrica atinge a legislação penal antes mesmo da realização da I Conferência de Saúde Mental, conforme mostram os próprios motivos para a reforma da parte geral do CP:

○ Projeto consagra significativa inovação ao prever a medida de segurança restritiva, consistente na sujeição do agente a tratamento ambulatorial, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prescrita.

Corresponde a inovação às atuais tendências de “desinstitucionalização”, sem o exagero de eliminar a internação. Pelo contrário, o Projeto estabelece limitações estritas para a hipótese de tratamento ambulatorial, apenas admitindo quando o ato praticado for previsto como crime punível com detenção. (VADE MECUM RT, 2011, p. 485-486, grifos no original).

No CP, a medida de segurança encontra-se disciplinada nos arts. 96 a 99; já o Código de Processo Penal (CPP) dispõe sobre “a insanidade mental do acusado”, nos seus arts. 149 a 154 e a LEP aborda a medida de segurança nos seus arts. 171 a 174 e a cessação da periculosidade, nos arts. 175 a 179.

A medida de segurança, pautada pelo critério de periculosidade do agente¹¹, aplica-se, em primeiro lugar, àquele que no momento da ação ou omissão seja absolutamente incapaz de compreender a ilicitude do seu ato ou de se comportar de outra forma em virtude de transtorno

11. Sobre periculosidade, vide a seção 6 (e não seção 4.3.3.2).

mental (compreendido em sentido amplo, o que engloba o “desenvolvimento mental retardado”) (art. 26, *caput* do CP). Em segundo lugar, a medida de segurança também pode ser imposta à pessoa considerada semi-imputável, ou seja, àquela cuja compreensão acerca do seu ato é parcial, relativa, o que lhe possibilita agir diferentemente do comportamento adotado (art. 26, parágrafo único do CP). A medida de segurança pode, por fim, ser aplicada ao indivíduo capaz que é condenado pela prática de um crime e, durante o cumprimento da pena, apresenta um transtorno mental.

A problemática da aplicação da medida de segurança envolve, portanto, uma questão de atenção psicossocial - o tratamento a ser dado à pessoa com transtorno mental que represente perigo para si e para outrem (toda a coletividade) - e outra atinente ao direito penal e à segurança pública - punição do mal causado e manutenção da ordem e da paz social. Uma vez configurada a inimputabilidade do agente, o juiz o absolve aplicando-lhe, contudo, uma medida (e não pena, que só pode ser imposta ao imputável ou ao semi-imputável), que é a medida de segurança.

Se o agente é absolutamente incapaz, em virtude de apresentar um transtorno mental e tenha praticado um crime apenado com reclusão, cumpre a medida de segurança em HCTP. O condenado cujo transtorno mental manifesta-se no curso da execução da pena privativa de liberdade também é internado no HCTP, seja em razão da conversão da pena em medida de segurança (art. 183 da LEP), seja porque o juiz assim o tenha determinado (art. 108 da LEP) (MIRABETE, 2000, p. 261). É a denominada medida de segurança detentiva. Entretanto, se o crime praticado for apenado com detenção, a medida de segurança adotada pode ser o tratamento ambulatorial, a ser realizado no HCTP, conforme dispõe o art. 97 do CP, devendo o agente comparecer em dias pré-estabelecidos para receber o devido tratamento (art. 101 da LEP). Trata-se de medida de segurança restritiva. Essas são as duas únicas modalidades de serviços em atenção psicossocial à disposição daquelas pessoas com transtornos mentais que praticam um ato criminoso.

O cumprimento de medida de segurança em HCTP pressupõe a internação, o que implica em privação da liberdade por parte da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Em se tratando de semi-imputável, ou seja, de um indivíduo que tem capacidade reduzida de compreender a ilicitude do seu ato ou de determinar-se, o juiz pode optar entre a aplicação da pena ou a medida de segurança, como possibilita o sistema vicariante¹². Caso a sanção escolhida seja a medida de segurança, o agente deve cumpri-la por meio de tratamento ambulatorial, em conformidade com as mais recentes formas de assistência e tratamento em atenção psicossocial.

O prazo mínimo para realizar o tratamento na forma de medida de segurança, quer detentiva, quer restritiva, varia entre um e três anos. Após esse período, se ainda persistir a periculosidade do agente, a medida de segurança passa a ser por prazo indeterminado (art. 97, § 1º do CP).

A liberação do tratamento ambulatorial, a desinternação e a reinternação constituem hipóteses previstas nos casos em que a verificação da cura ou a persistência da periculosidade as aconselhem,

conforme perícia médica realizada ao final do prazo fixado para a medida de segurança ou por determinação do juiz de execuções penais” (art. 97, §§ 2o, 3o e 4o do CP) (PIERANGELI, 2001 apud MUSSE, 2006, p. 145).

Para termos um panorama atual das medidas de segurança no Brasil, em HCTPs e fora deles, apresentamos, a seguir, quadro elaborado pelo Ministério da Saúde (2010, p. 8). Cabe esclarecer que, de acordo com o Ministério da Saúde, as pessoas que cumprem medida de segurança fora de HCTPs encontram-se nos dez estados brasileiros - AC, AP, DF, GO, MA, MT, MS, RO, RR e TO – que não possuem esse dispositivo prisional. Contudo, há uma pressão constante para que sejam criados nesses estados, conforme relatos verbais, feitos a membros desta comissão, de profissionais que participaram do I Encontro Nacional de Medida de

12. Sistema vicariante é aquele que não admite a “[...] aplicação cumulativa ou sucessiva de pena e medida de segurança” (QUEIROZ, 2010, p. 436).

Segurança. Cabe ressaltar, ainda, que o DF possui ATP e o MT dispõe de Unidades de Saúde Mental II, razão pela qual se encontram, também, elencados na tabela das unidades da federação com HCTPs exposta no item 4.2 deste parecer.

Figura 2 – Dados gerais de pessoas em medida de segurança e pessoas em HCTP, no Brasil

UF	Número de HCTPs no Brasil	Pessoas em medida de segurança em estados sem HCTPs	Pessoas em medida de segurança em HCTPs	Pessoas em HCTPs sem medida de segurança	Pessoas em HCTPs	Equipes de saúde no sistema penitenciário
AC	0	14	---	---	---	---
AP	0	41	---	---	---	---
RO	0	35	---	---	---	---
RR	0	0	---	---	---	---
TO	0	10	---	---	---	---
MA	0	0	---	---	---	---
DF	0	58	---	---	---	---
GO	0	12	---	---	---	---
MT	0	37	---	---	---	---
MS	0	29	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---
AM	1	---	14	9	23	
PA	1	---	79	1	80	
AL	1	---	38	79	117	
BA	1	---	77	68	145	1
CE	1	---	190	49	141	
PB	1	---	44	62	106	
PE	1	---	411	45	366	1
PI	1	---	51	22	29	
RN	1	---	2	50	52	

UF	Número de HCTPs no Brasil	Pessoas em medida de segurança em estados sem HCTPs	Pessoas em medida de segurança em HCTPs	Pessoas em HC-TPs sem medida de segurança	Pessoas em HCTPs	Equipes de saúde no sistema penitenciário
SE	1	---	20	38	58	
ES	1	---	61	6	67	
MG	3	---	163	154	317	2
RJ	3 ¹³	---	107	389	496	1
SP	3 ¹⁴	---	1532	852	680	1
PR	1	---	383	26	357	
RS	1	---	608	126	734	
SC	1	---	110	43	153	
TOTAIS	23	236	3890	2019	3921	6

OBS: Nos estados do CE, PE, PI e SP, ressaltamos que esses números seguem a mesma lógica dos outros, ou seja, é a diferença entre as "pessoas em Medida de Segurança em HCTP" versus "Pessoas em HCTP".

Fonte: Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde Mental/Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário (2010)

Conforme pode se verificar, os dados constantes deste quadro divergem dos apresentados no item 4.2, com base no Infopen (2010), tanto em relação ao número de pessoas em medida de segurança, quanto ao número de HCTPs e de pessoas ali internadas, no Brasil. Em relação ao número de pessoas em medida de segurança, tal descompasso deve-se ao fato de que aqui – Figura 2 - estão contabilizadas as pessoas em medida de segurança em estados da federação que não possuem HCTPs, bem como pessoas em HCTPs sem medida de segurança. Já em relação ao segundo, parece-nos um exemplo de falta de políticas públicas intersetoriais nas áreas da saúde e da justiça, inclusive em relação ao processamento das informações da área, o que dificulta, por exemplo, o processo de tomada de decisões dos próprios gestores públicos em relação a desenho de políticas públicas e orçamento. Flagrante e extremamente preocupante a inexistência de equipes de saúde no sistema penitenciário. Tal quadro fortalece o diagnóstico de desassistência à saúde das pessoas com transtornos mentais feito por essa comissão.

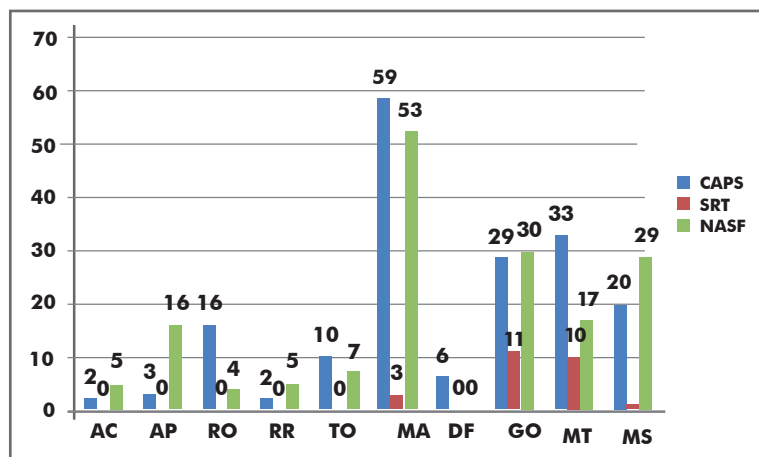
13. De acordo com os dados do Infopen (2010), o RJ possui 07 HCTPs.

14. São Paulo tem 04 HCTPs, conforme o Infopen (2010).

Aliado ao anteriormente exposto, verifica-se que, conforme os dados da figura 2, em 05 estados o número informado de pessoas em medida de segurança é igual ou inferior a 20 (vinte); em 06 estados, tem-se, no máximo, 40 pessoas em medida de segurança e em outros 06 o total é igual ou inferior a 80 pessoas. Apenas 06 (seis) estados possuem mais de 300 em medida de segurança. Pergunta-se: esses números justificam a criação de novos HCTPs ou a manutenção das ineficientes – tanto sob a perspectiva de segurança pública como sob o viés da saúde - e dispendiosas estruturas atuais? Não seria melhor que os estados e municípios investissem na expansão e fortalecimento da rede de atenção psicossocial comunitária a fim de que possam absorver essa população e dar-lhes um atendimento digno em saúde?

Para contribuir com essa análise, trazemos, a seguir, gráficos elaborados pelo Ministério da Saúde (2010) com informações sobre a rede de atenção psicossocial nos estados sem HCTP (Gráfico 4) e com HCTP (Gráfico 9).

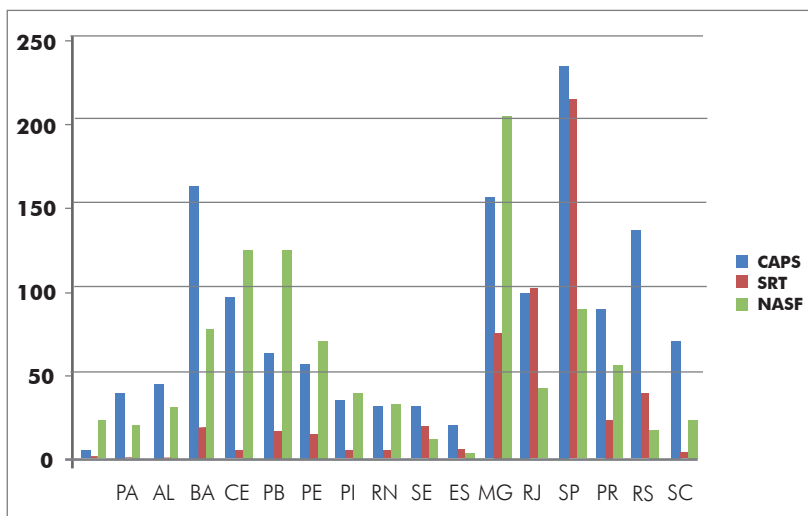
GRÁFICO 4 - Rede de Cuidados em Saúde Mental nos Estados sem HCTP



CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
 SRT - Serviço Residencial Terapêutico
 NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Mesmo que se reconheçam as eventuais falhas da rede de atenção em saúde e, em especial, em saúde mental, verifica-se que ela possui aptidão para atender as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, mantendo-as em seus territórios e com possibilidade de sua reintegração psicossocial, de acordo com a lei n. 10.216/2001, tanto nos estados sem HCTPs, quanto nos estados que possuem HCTPs.

GRÁFICO 9 - Rede de Cuidados em Saúde Mental os Estados com HCTP



CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
 SRT - Serviço Residencial Terapêutico
 NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Fonte: Ministério da Saúde/
 Coordenação Nacional de Saúde
 Mental

Tramitam, no Congresso Nacional, propostas de alteração do CP e do CPP em relação ao disciplinamento das medidas de segurança. Pelas transformações – positivas ou negativas - que podem causar no tratamento jurídico atualmente dispensado às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei e seus direitos, as propostas desses projetos de lei serão abordadas a seguir.

5.1 O IMPACTO DA LEI N. 10.216 NO PROJETO DE LEI N. 3.473/00¹⁵

Em apertada síntese, o projeto de lei (PL) n. 3.473/2000¹⁶, que visa a alterar o CP e sua emenda substitutiva dispõe, nos arts. 96 a 98-A, sobre a medida de segurança.

Segundo esse projeto de reforma do CP, o juiz poderá conceder ao paciente que apresentar melhora em seu tratamento, a desinternação progressiva, facultando-lhe saída temporária para visita a família ou participação em atividades que concorram para o seu retorno ao convívio social, com a indispensável supervisão da instituição em que tiver sido internado.

De acordo com os resultados das desinternações progressivas, e realizada a perícia, caso seja verificada a melhora do quadro clínico do internado, poderá o juiz autorizar sua transferência para o tratamento ambulatorial, ouvido o Ministério Público.

Ao sentir de Marchewka (2002), esta medida mantém a idéia da periculosidade daquele submetido à medida de segurança. Percebe-se que possibilita ao juiz, em qualquer fase do tratamento ambulatorial, determinar a internação do paciente, se entender que essa providência é necessária para sua melhora.

A alta será sempre condicionada ao tratamento ambulatorial. Se antes do decurso de um ano em alta o paciente praticar algum ato indicativo de persistência da doença deve ser restabelecida a situação anterior (art. 97 e parágrafos).

Quanto ao prazo de duração da medida de segurança, seu tempo de duração não poderá ser superior ao máximo da pena cominada ao tipo legal de crime. Neste aspecto permanece a vinculação da medida de segurança à pena. Ora, se a Reforma Penal de 1984 muda o sistema do duplo binário para o vicariante, por que vincular a medida de segurança à pena?

15. Este tópico consiste na reprodução de parte da tese de doutorado de autoria de MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. **Garantia à cidadania do doente mental:** a suspensão condicional do processo. Tese (Doutorado)-Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2002. Parte V.

16. O último andamento deste PL foi em 31 de julho de 2003, quando foi a plenário e a "matéria não foi apreciada em face do encerramento do prazo regimental da Ordem do Dia". Disponível em: <http://www.camara.gov.br/internet/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=19717>. Acesso em: 03 jun. 2011.

Outra questão interessante no projeto de reforma do código penal em análise é a seguinte: findo o prazo e não cessada a doença por comprovação pericial, será declarada extinta a medida de segurança, transferindo-se o internado para tratamento ambulatorial. Esta transferência será de competência do Juiz da execução (art. 98 e parágrafos).

Pergunta-se: como o médico psiquiatra poderá atestar que a doença cessou? Isto é possível? Há que se indagar: o transtorno mental pode cessar ou apenas permanece sob controle?

No caso de semi-imputabilidade e necessitando o condenado de tratamento curativo, a pena de prisão pode ser substituída pela medida de segurança (art. 98-A). Aqui outra indagação: existe cura para transtornos mentais?

Fica claro que permanece no espírito do legislador penal a idéia da periculosidade. Aliás, este conceito remoto é do século XIX. E, atualmente, a ideia se encontra desconstruída pela psiquiatria democrática.

Fica claro, ainda, que o legislador penal mantém a centralidade da perícia e da atenção à saúde mental da pessoa com transtorno mental na figura do médico e não da equipe psicossocial, conforme preconiza a lei n. 10.216/2001.

Destaca-se aqui, a título de exemplo, a experiência de alguns dos Estados apontados por Eduardo Reale Ferrari (apud MARCHEWKA, 2002), os quais já aplicaram a progressividade da execução da medida de segurança criminal, antes mesmo da Lei 10.216/2001:

[...] importante referência constitui a do Instituto Forense de Porto Alegre no Rio Grande do Sul. O Manicômio Judiciário de Recife-Pernambuco, seguindo os moldes de Porto Alegre e do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima, de Franco da Rocha. A progressividade, em Porto Alegre, denomina-se de alta progressividade, enquanto em Franco da Rocha, desinternação progressiva. As diferenças essenciais entre a alta e a desinternação progressiva estão relacionadas às formas de tratamento aplicáveis aos delinquentes-doentes.

Enquanto na desinternação há um acompanhamento contínuo de funcionários, analisando a evolução dos pacientes, a alta progressiva restringe-se a meras visitas experimentais dos pacientes às casas dos familiares, ressaltando haver também na desinternação progressiva uma série de atividades dentro da própria unidade, facultando ao inimputável

ou ao semi-imputável, o trabalho externo durante o dia com o repouso noturno na Instituição, configurando-se num paralelo ao regime semi-aberto aplicado aos imputáveis.

Ademais, manter o agente internado ou mesmo em tratamento ambulatorial por tempo determinado por lei enquanto não se verifica a cessação da doença, significa negar o princípio da proporcionalidade e adequação, bem como da dignidade humana.

No Estado democrático de direito, não reconhecer os direitos e garantias do sentenciado para a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, torna-os reféns dos discursos clínico-criminológicos e administrativo-disciplinares, construídos no positivismo criminológico. Nesse paradigma, o discurso do direito penal e da psiquiatria eram baseados em hipótese inverídica - hoje reconhecidos como simbólicos e perversos.

Portanto, defende-se o instituto da suspensão condicional do processo da forma que se aplica aos casos em que o instituto é aplicado à pena privativa de liberdade. Isto permitirá ao juiz deixar de aplicar a medida de segurança, indicada nos termos da lei 9.099/95. Esta alternativa processual penal, para Tânia Marchewka (2002), aperfeiçoaria o sistema adotado para as medidas de segurança.

Por isso, torna-se impossível ao jurista ou psiquiatra crítico continuar repetindo a falácia de que a responsabilidade sobre o sistema da execução penal advém, tão-somente, da incapacidade de o Estado-administração cumprir os mandamentos da LEP.

Tal perspectiva é válida apenas no que diz respeito à qualidade de vida do sentenciado. Os direitos destes vão muito além. É próprio do *status* de sentenciado uma série de direitos e garantias que permitem evitar ou diminuir o tempo de encarceramento.

Esses direitos primários que são garantidos para os condenados imputáveis devem ser garantidos para os submetidos à medida de segurança porque, na prática, não existe diferença substancial entre elas.

Há que se refletir ainda sobre os direitos às medidas alternativas, tais como: remição, progressão, substituição da pena, detração, livramento condicional, comutação, indulto, suspensão condicional da pena e do

processo (*sursis*), exclusivos da condição de preso submetido à pena privativa de liberdade. Estas medidas alternativas integram paritariamente (até mesmo em grau superior) os direitos e garantias proclamados na Constituição Federal à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Vale dizer: a justiça impõe,

[...] o direito ao tratamento em liberdade e à saúde mental à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, o qual deve ser reivindicado como direito fundamental e direitos humanos.

5.2 A MEDIDA DE SEGURANÇA NO PROJETO DE LEI N. 5.075/2001¹⁷

Dezenove artigos do PL n. 5.075/2001¹⁸, que altera a LEP dispõem sobre medida de segurança. São eles: art. 6º, Parágrafo único; art. 7º, parágrafo único; art. 8º, § 2º; art.26, III; art.66, II, IV, VII, “e” a “i” e VIII; art. 68, II, “c” e “g”; art. 101; arts. 171 a 173; arts. 175 a 179 e arts. 183 e 184.

O projeto de Lei nº 5057/2001 traz algumas modificações que refiletem o proposto no PL n. 3.473/2000, de reforma do CP, tais como:

1- A possibilidade de internação e tratamento ambulatorial em estabelecimentos privados, devidamente conveniados e autorizados pelo juiz, na falta de estabelecimento público que proporcione tratamento médico adequado à pessoa submetida à medida de segurança;

2- A realização, a cada seis meses, independentemente de determinação judicial, de perícia médica para verificar as condições pessoais do submetido à medida de segurança, a qual cessará, se constatada a sua desnecessidade. No sistema atual, o exame de cessação de periculosidade é feito ao final do prazo mínimo de duração da medida de segurança;

3- Concessão de saída temporária ao paciente que apresentar melhora em seu tratamento, facultando-lhe visita à família ou participação em atividades que concorram para o seu retorno ao convívio

17. Este tópico foi desenvolvido pela Procuradora da República da 5ª Região, Maria do Socorro Paiva, a pedido desta Comissão, em 2010.

18. O último andamento deste PL foi em 10 de fevereiro de 2005, “Projeto pronto para a pauta tendo em vista pareceres enquanto apensado, da CCOVN, pela rejeição; e da CCJC, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa e, no mérito, pela rejeição”. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/internet/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=32027>. Acesso em: 03 jun. 2011.

social, com a indispensável supervisão da instituição em que estiver internado;

4 - Previsão de que o tempo de duração da medida de segurança não será superior à pena máxima cominada ao tipo legal de crime, com a interdição e manutenção da internação, caso, findo o prazo máximo da medida de segurança, não tenha cessado a doença de que padece o internado.

5 - Doravante, o tratamento médico substituirá a medida de segurança no caso de doença mental superveniente à condenação, porquanto o Projeto suprime a possibilidade de substituição da pena por medida de segurança, dispondo que na hipótese de doença mental manifestada no curso da execução, deverá o juiz determinar a internação do condenado em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta deste, em outro estabelecimento público que lhe proporcione tratamento médico adequado, suspendendo, pelo tempo necessário, a execução da pena de prisão, observado o disposto no Art. 42 do CP, não podendo o referido tratamento, em hipótese alguma, ultrapassar o limite da pena aplicada.

Dessa forma, ajusta a LEP à jurisprudência dos Tribunais, de que o período de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico deve ser, por razões humanitárias, computado para o efeito de detração penal, não podendo, outrossim, a medida de segurança aplicada em substituição à pena privativa da liberdade exceder o período restante desta.

6- As modificações trazidas com o Art. 177-A trazem novo prazo para a duração da medida de segurança e a obrigatoriedade de se declarar a interdição do paciente, promovida pelo Ministério Público, como condição para se efetivar a transferência do internado para tratamento em estabelecimentos médicos da rede pública, se, ao término do prazo, não demonstrar, a perícia, a cessação da doença. Entretanto, o Projeto é omissivo quanto ao destino que terá o condenado após o término do prazo do tratamento médico, parecendo conveniente estabelecer-se expressamente que, caso persista a doença mental ou perturbação da saúde

de mental, o tratamento será mantido em estabelecimento apropriado da rede pública, cabendo ao Ministério Público, nesse caso, promover a interdição do internado, adotando-se solução análoga à prevista nos §§ 1º e 2º do Art. 177 - A.

Apesar dessas alterações, o já mencionado Projeto de Lei n. 5.057/2001 deixa alguns questionamentos sem respostas, conforme a seguir resumido:

1 - o que ocorre se o juízo cível não declarar a interdição do internado?

2 – deve o juízo cível, necessariamente, declarar a interdição, desrespeitando os princípios constitucionais do devido processo legal e da ampla defesa?

3 - qual o mérito da medida de interdição, porque se a periculosidade do paciente com ela cessasse, não haveria necessidade da existência da medida de segurança, bastaria declarar a sua interdição?

4 - qual o vínculo existente entre a interdição, apurada no juízo cível, com a aplicação da medida de segurança, determinada pelo juízo penal?

5 - em não havendo parentes para nomeação de curador, ficaria o patrimônio do interditado a critério do Estado?

6 - interditar-se-á a pessoa que cumpre uma pena e à qual houve a superveniência de doença mental? - em sendo afirmativa a resposta, o condenado estaria submetido a uma sanção de interdição não prevista no título executivo da condenação, visto que este determina a aplicação de uma pena, pura e simplesmente, que não impõe a interdição do sujeito.

7 – seria o objetivo do legislador, independentemente da existência da periculosidade, colocar o delinquente no meio social, visto que, se a interdição não for obtida, não restará outra saída, a não ser, desinternar o doente?

8 - os conhecimentos do legislador, no ramo da medicina, seriam

suficientes para determinar, previamente, a necessidade de manutenção de tratamento medicamentoso a que deve ser submetido o paciente que obteve alta médica?

9 - o que é "fato indicativo da persistência da doença"? O paciente retorna "à situação anterior", que também não se sabe qual seria.

Essa proposta de alteração do Código de Processo Penal é passível das mesmas críticas apresentadas por Tânia Machewa (2002) - tomando como base a lei n. 10.216/2001 – no tópico anterior, em relação ao projeto de lei n. 3.473/2000, que objetiva alterar o CP.

Ademais, o projeto de lei em análise adota uma terminologia técnico-científica já ultrapassada, mantém a noção de periculosidade e uma concepção de atenção às pessoas com transtornos mentais permeada pela indesejável centralidade do HCTP e silencia em relação aos questionamentos anteriormente levantados. Por se tratar de um projeto de lei ainda em trâmite perante o Congresso Nacional, merece, conforme entendimento da Câmara Legislativa, ser rejeitado.

Em virtude da sua complexidade e da polêmica que envolve, abordaremos na sequência o problema da noção de periculosidade que é inerente à medida de segurança.

6. PERICULOSIDADE, MEDIDA DE SEGURANÇA E A LEI N. 10.216/2001

Ao tratarmos dos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei¹⁹, observamos que as propostas de alteração da legislação penal brasileira, anteriormente apresentadas, não se encontram adequadas à Resolução 46/119 da ONU, à Declaração de Caracas, à Constituição Federal brasileira, à lei n. 10.216/2001 e ao PNDH-3.

19. Este tópico foi construído com base em artigo de autoria de MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. Direitos humanos e saúde mental (substituir Atenção psicossocial por). **MPF em pauta.com**, Brasília, 21 maio 2007. p. 2-3 e na obra de MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

Todo o movimento da reforma sanitária e psiquiátrica, no Brasil, estimulou o legislativo a construir um conjunto de normas voltadas a dar efetividade aos dispositivos constitucionais que garantem a dignidade a todo ser humano, independentemente de higidez mental. Com o aumento dos movimentos sociais e a consequente organização da sociedade civil, que passa a lutar pelo sistema de saúde, por lazer, por leis mais protetivas de direitos, o tema ganhou relevância e passou a ocupar espaços maiores nas tribunas e na mídia. A Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, já representa um avanço, uma tentativa válida de emprestar dignidade e atenuar as limitações sociais e econômicas e as discriminações impostas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Mas não eliminará todas as violências, intolerâncias e humilhações que eles sofrem, dentre as quais destacamos, neste tópico, a noção de periculosidade.

Por si só, a iniciativa da lei não passará de mais uma norma sem efetividade. A implementação das políticas de saúde mental disciplinadas pela atual legislação em saúde mental exige que autoridades e demais cidadãos devam agir no sentido de afirmá-las.

De acordo com Maria Regina Rocha Ramos e Cláudio Cohen (2002) a medida de segurança ao ser definida como privação de bens jurídicos, imposta jurisdicionalmente pelo Estado com um fim reeducador ou curativo a pessoas socialmente perigosas, em ocasião de cometimento de um crime, merece reparos, principalmente, porque não explicita o que seja pessoa perigosa, bem como, coloca a intervenção na personalidade e na moralidade do indivíduo como conduta objeto de repúdio, sendo que tal intervenção é obrigatória, caso queira alcançar o fim reeducador ou curativo mencionado na própria definição do instituto.

O conceito de periculosidade, por sua vez, é dúbio no que tange à aplicação de sanção aos inimputáveis e semi-imputáveis. Tal observação justifica-se em virtude de estar em desacordo com o atual desenvolvimento científico²⁰, uma vez que já existem abrandamentos no que se

20. A abordagem técnico-científica sobre a periculosidade foi desenvolvida, neste parecer, pelo psiquiatra Walter Oliveira, ao longo da seção 4.3.3.

refere à assistência psiquiátrica, por exemplo, com a política pública de saúde mental inserida na Lei 10. 216/2001. Sendo assim, seria razoável questionar: quais motivos racionais justificam de forma apropriada que uma parcela dos inimputáveis e semi-imputáveis fiquem privados dos direitos de liberdade e da atenção psicossocial? Por acaso, estaria sendo a modificação na legislação penal ainda encarada com preconceito? Além do mais, em terapêutica psiquiátrica, assim como em diversas áreas da medicina, é mais apropriado o conceito de controle da enfermidade do que a cura da enfermidade?

A Organização Mundial da Saúde (2001, p. 129) assim se manifesta sobre a recorrente associação feita entre transtorno mental e perigo.

A grande quantidade de pessoas com transtornos mentais encarceradas em prisões são um subproduto, entre outras coisas, da inexistência ou disponibilidade reduzida de estabelecimentos públicos de saúde mental, implementação de leis que criminalizam o comportamento inconveniente, **o falso conceito difundido de que todas as pessoas com transtornos mentais são perigosas e uma intolerância da sociedade com o comportamento indócil ou perturbador**. Além disso, alguns países não dispõem de tradições jurídicas que promovam o tratamento (ao invés de castigo) para infratores com transtorno mental. **Prisões são o lugar errado para pessoas com necessidade de tratamento de saúde mental, já que o sistema de justiça criminal enfatiza mais a repressão e a punição do que o tratamento e a atenção. Onde os estabelecimentos correccionais enfatizam a reabilitação, os programas costumam ser inadequadamente equipados para ajudar as pessoas com transtornos mentais.** (grifos nossos).

Enfim, o conceito de medida de segurança bem como o de periculosidade suscita muitas discussões, tendo em vista a mudança de paradigma psiquiátrico, diante de inexistência de evidências científicas no tratamento empregado na execução das medidas de segurança, como especial tratamento curativo. Nesse sentido, Paulo Queiroz (2010, p. 438-9) assevera:

Em primeiro lugar [...] **uma rígida separação entre inimputáveis e imputáveis constitui uma ficção desacreditada pela psiquiatria mais recente e pela própria realidade**; segundo, porque alienação mental e inimputabilidade não são equivalentes, havendo diversos graus de inimputabilidade conforme a respectiva causa; terceiro, porque a loucura e, pois, a inimputabilidade, são socialmente construídas, variando no tempo e no espaço os comportamentos assim etiquetados, tanto que os

laudos psiquiátricos não raro se contradizem, razão pela qual se poderia dizer, à maneira de Nietzsche, que a rigor não existem fenômenos psiquiátricos, mas apenas uma interpretação psiquiátrica dos fenômenos; quarto, porque, ainda que assim não fosse, o inimputável poderia alegar excludentes de culpabilidade sempre que se achasse numa situação em que o imputável pudesse fazê-lo, por força do princípio da isonomia inclusive; quinto, porque tal entendimento implicaria tratar o inimputável não como sujeito de direito (como é comum, aliás), mas como objeto de intervenção jurídico-penal.

Outro aspecto a ser destacado é o fato de medida de segurança ser fundada na periculosidade do acusado, apenas quando ele apresenta um transtorno mental. Em relação à sua avaliação, António João Latas e Fernando Vieira (2004, p. 89) afirmam que “[...] do ponto de vista clínico-psiquiátrico, assiste-se recentemente a uma **mudança de paradigma da ‘Perigosidade’ para o de ‘risco de violência’** [...]”.

Explica-se que esta simples mudança de conceitos mude o foco da atenção de uma “qualidade vitalícia”, para uma “probabilidade”, que será maior ou menor consoante um manejo clínico a ser executado, reduzindo-se também o estigma associado e fazendo apelo à fundamentação científica psicológica. Se a “perigosidade” era algo de categorial binário inconsistente com a realidade do dia a dia, enquanto constructo estável e inerente, **o “risco de violência” aponta para um continuum, passível de ser classificado em risco baixo, médio ou alto, que se revela da maior importância na avaliação clínico-psiquiátrica.** (LATAS; VIEIRA, 2004, p. 89-90; grifos nossos).

Entretanto, o mais grave é que tal critério legal discrimina as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, violando seus direitos fundamentais.

O prazo mínimo para realizar o tratamento na forma de medida de segurança, quer detentiva, quer restritiva, que varia entre um a três anos, é um exemplo de como os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais pode ser violado. Após esse período mínimo, se ainda persistir a periculosidade do agente, a medida de segurança passa a vigorar por prazo indeterminado, sujeita a avaliação anual (art. 97, § 1º do CP).

Essa condicionante legal – cessação da periculosidade – pode condenar a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei a viver “*ad aeternum*” num HCTP, pois a agressividade é inerente ao ser humano

e não apenas à pessoa com transtorno mental. Por isso, todos somos potencialmente perigosos e não há conhecimento científico que saiba precisar, com absoluta segurança, quão se é perigoso, para quem se é perigoso, quando se é perigoso e quando se deixa de sê-lo. As respostas dadas a essas indagações, por intermédio de laudos técnicos são sempre provisórias, circunstanciais e dependentes do referencial que o perito adotar. (MUSSE, 2008).

A Lei denuncia assim a noção mesma de periculosidade como conceito operável juridicamente, pois a exigência de um atestado de que qualquer um de nós jamais representará risco para a sociedade é absurda. O risco é inerente a nossa sociedade e pode-se buscar controlá-lo, nunca eliminá-lo. (CARVALHO NETTO; MATTOS, 2005, p. 24-5).

Aliado ao anteriormente exposto, a exigência de cessação da periculosidade remete para o futuro. É uma exigência descabida que se faz ao perito, na medida em que o Poder Judiciário solicita uma “pré-visão”, um “pró-gnóstico”, pois no laudo, o profissional deverá atestar que a pessoa com transtorno mental não mais voltará a representar um perigo para si ou para a sociedade. Já a pena imputada ao criminoso, fixa-se no fato pretérito, ou seja, é estabelecida em razão da prática de um ato contrário à lei, na época em que fora praticado. E, assim, uma vez cumprida a pena pelo crime praticado no passado, o criminoso está livre, pois já pagou seu débito para com a sociedade. Já a pessoa com transtorno mental, dentro da racionalidade penal ainda adotada pelo legislador pátrio e aplicada pelos operadores do direito, corre o risco de ficar internada, “em tratamento”, por um período superior à pena máxima prevista “*in abstracto*” para o crime por ela praticado, se tiver sorte.

Vejamos como a lei n. 10.216/2001 aborda o tratamento a ser dado à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, por meio do que denomina internação psiquiátrica compulsória.

6.1 INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA²¹

Como já dito, a Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica), veio contemplar o modelo humanizador, historicamente defendido pelos militantes do Movimen-

21. Este tópico consiste na reprodução de parte de obra de autoria de SILVA, Haroldo Caetano da. **Execução Penal**. Porto Alegre: Magister, 2006.

to Antimanicomial, mais conhecido como Luta Antimanicomial, tendo como diretriz a reformulação do modelo de saúde mental, transferindo o foco do tratamento que se concentrava na instituição hospitalar para uma rede de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos.

Embora haja muita confusão quanto ao tema, a medida de segurança não tem a mesma natureza retributiva da sanção penal. Diferentemente da pena imposta ao indivíduo imputável, a internação e o tratamento ambulatorial aplicados ao agente inimputável visam exclusivamente à recuperação deste e não à expiação de castigo. Tal objetivo é agora reforçado pela Lei Antimanicomial que, dentre outras regras, estabelece:

LEI Nº 10.216/2001

[...]

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

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

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

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

Esse novo modelo assistencial em saúde mental alcança a hipótese de internação determinada pela Justiça, caso em que é chamada de internação compulsória pela Lei nº 10.216/2001 (art. 6º, parágrafo único, III). Logo, ao submeter o agente inimputável ou semi-imputável à medida de segurança, deve o juiz dar preferência ao tratamento ambulatorial, somente determinando a internação “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (art. 4º, *caput*). Impõe-se agora a interpretação da regra do parcialmente derogado art. 97 do CP conjugadamente com o art. 4º, *caput*, da Lei nº 10.216/2001, de forma que, mesmo que o fato seja punível com reclusão, deve o juiz preferir a medida de segurança não-detentiva, utilizando a internação apenas

nos casos em que esta severa medida mostrar-se comprovadamente necessária. Entretanto, não havendo recursos extra-hospitalares suficientes e uma vez determinada pelo juiz a internação, esta deve obedecer aos estritos limites definidos pela Lei Antimanicomial, sendo obrigatoriamente precedida de “laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (art. 6º, *caput*, vedada a internação, mesmo quando imposta como medida de segurança, sem a recomendação médica de sua real necessidade).

Em qualquer caso, o tratamento visará como finalidade permanente a reinclusão do paciente ao seu meio social (art. 4º, § 1º, da lei n. 10.216/2001). A humanização do atendimento é regra absoluta, devendo o tratamento em regime de internação ser estruturado no sentido de oferecer assistência integral à pessoa com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (art. 4º, § 2º). É expressamente vedada a internação em instituições com características asilares e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º da mesma Lei²² (art. 4º, § 3º).

Diante da Lei nº 10.216/2001, sequer se cogita do recolhimento da pessoa com transtorno mental submetida à medida de segurança em cadeia pública ou qualquer outro estabelecimento prisional. Tal situação, muitas vezes tolerada em face da não implementação de políticas públicas de atenção à saúde mental, além de violar frontalmente o modelo assistencial instituído pela Lei Antimanicomial, especialmente o seu art. 4º, § 3º, constitui ainda crime de tortura, na modalidade prevista no art. 1º, § 1º, da Lei nº 9.455/97, por ele respondendo também aquele que se omite quando tinha o dever de evitar ou apurar a conduta (§ 2º), que

22. Lei nº 10.216/2001: Art. 2º, 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; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de atenção psicossocial.

é agravada quando praticada por agente público (§ 3º).

Nesse novo contexto, sobressai a responsabilidade da autoridade penitenciária, do juiz e do órgão do Ministério Público, pessoas que devem fazer valer as disposições afetas à Lei nº 10.216/2001, zelando pelo efetivo respeito aos direitos e à dignidade da pessoa com transtornos mentais submetida à medida de segurança, sob pena de, não o fazendo, responder criminalmente pela conduta, mesmo que omissiva.

6.2 A INCONSTITUCIONALIDADE DA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA COMPULSÓRIA

Outra grave contradição da natureza do HCTP pode ser verificada em relação à duração do período de internação. Sobre esse problema, Paulo Jacobina (2008, p. 98-99) ressalta as dificuldades que existem, do ponto de vista constitucional, em dirigir-se a um imputável um direito penal, baseado na culpabilidade, em que se pune uma ação realizada no passado, e não na periculosidade social, que lança um juízo para o futuro. Aborda o autor questões muito pertinentes como: pode-se culpar quem é legalmente irresponsável? A pessoa com transtornos mentais que tenha cometido um delito é absolvida e depois apenada?

Continua o autor, argumentando que, para que alguém, mesmo absolvido, seja internado compulsoriamente, com base na periculosidade social, a Constituição deveria prescrever explicitamente. Reconhece que tal prescrição poderia parecer geradora de insegurança jurídica, mas, ao mesmo tempo, questiona o que acontece nos Tribunais com os chamados “loucos perigosos”, que sofrem uma “absolvição imprópria”, isto é, uma absolvição com imposição de medida de segurança, que é de caráter penal, sem que se questione os fundamentos constitucionais de tal medida.

Considera sancionamento de natureza penal a internação manicomial sem prazo definido e independente da vontade da pessoa com transtornos mentais; trata-se da condenação penal a uma sanção, sob o disfarce de uma “sanção terapêutica”, com a agravante de que a própria comunidade científica e o SUS vêm pondo em dúvida o caráter terapêutico do internamento.

6.3 A REVOGAÇÃO DA LEGISLAÇÃO PENAL PELA LEI N. 10.216/2001

Paulo Jacobina (2008), além de defender a inconstitucionalidade da medida de segurança advoga, também, que a lei n. 10.216/2001 derogou da LEP, o Código Penal e o Código de Processo Penal, no que é seguido por Paulo Queiroz (2010), conforme abaixo destacado.

1. Finalidade preventiva especial. A lei 10.216/2001 considera como *finalidade permanente* do tratamento a reinserção social do paciente em seu meio (art. 4º, § 1º), reforçando assim a finalidade – já prevista na LEP – preventiva individual das medidas de segurança. Portanto, toda e qualquer disposição que tiver subjacente a ideia de castigo restará revogada.
2. Excepcionalidade da medida de segurança detentiva (internação). Exatamente por isso, a internação só poderá acontecer quando for absolutamente necessária, isto é, quando o tratamento ambulatorial não for comprovadamente o mais adequado.
3. Revogação dos prazos mínimos da medida de segurança, pois não são compatíveis com o princípio da utilidade terapêutica do internamento (art. 4º, § 1º da lei n. 10.216/2001) ou com o princípio de desinternação progressiva dos pacientes crônicos (art. 5º da lei n. 10.216/2001).
4. Presunção de periculosidade do inimputável e o seu tratamento em razão do tipo de delito que cometeu (se punido com reclusão ou detenção), baseado em prazos fixos e rígidos, são incompatíveis com a citada legislação em saúde mental, que objetiva a reintegração social da pessoa.

A alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, prevista no art. 5º da lei n. 10.216/2001 e reafirmada pelo PNDH-3 (BRASIL, 2010a)²³ requer, para sua plena realização, a concretização de um sistema alternativo, composto pela redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, construção de residências terapêuticas, programa de volta para casa, centros de atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios, saúde mental na atenção primária, programas de inclusão social pelo trabalho, centro de convivência e cultura, leitos psiquiátricos no hospital geral, etc., conforme Tânia Marchewka (2011). A esses equipamentos podem ser agregados outros,

23. “Diretriz 16, Objetivo estratégico III, ações programáticas: (a) Estabelecer diretrizes que garantam tratamento adequado às pessoas com transtornos mentais em consonância com o princípio de desinstitucionalização. Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde. Recomendação: recomenda-se aos estados, Distrito Federal e municípios mobilizar os serviços da rede de atenção à saúde mental para oferta do tratamento especializado dos portadores de transtornos mentais, após o cumprimento das medidas de segurança, com o devido encaminhamento aos serviços substitutivos à internação. [...] (c) Estabelecer mecanismos para a reintegração social dos internados em medida de segurança quando da extinção desta, mediante aplicação dos benefícios sociais correspondentes. Responsáveis: Ministério da Justiça; Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.” (BRASIL, 2010a).

tais como, as unidades de vida apoiada, unidades de vida protegida, unidades de vida autônoma, fóruns sócio-ocupacionais e unidades de apoio integrado, conforme experiência portuguesa, ditada pelo Decreto nº 407 de 1998, continua Marchewka (2011).

A propósito da “ação” e participação consciente da sociedade nos temas de saúde mental, a OMS (2001) continua orientando para a formação de vínculo com outros setores além do da saúde, como educação, trabalho, previdência social e direito, bem como certas organizações não-governamentais, devem ter participação na melhoria da saúde mental das comunidades.

7. UM CAMINHO A SER SEGUIDO: A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NO SUS E A EXTINÇÃO DOS HCTPs

○ direito à saúde, como um direito de todos e dever do Estado, tal como assegurado no art. 196 do texto constitucional, é tributário da luta do movimento sanitarista dos anos 80, que, conforme já dito, influenciou a Reforma Psiquiátrica.

Prevê que compete exclusivamente ao Estado garantir a saúde de seus cidadãos, contribuintes ou não, dentre os quais se encontram as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. “Não são referidos critérios e limites de usufruto desse direito em função de condições particulares do cidadão ou da disponibilidade de recursos do sistema”. (IPEA, 2008). Diante disso, em observância ao princípio de justiça universal e igualitária que está contido nessa norma, esse direito requer que o Estado ofereça às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei uma atenção integral, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso *universal e igualitário* às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (grifos nossos).

○ termo saúde deve ser considerado em sua tripla dimensão, qual

seja, como bem-estar físico, social e mental e não apenas como a simples ausência de doença ou enfermidade (OMS).

Tal oferta dá-se por meio do SUS e é nele e não em HCTPs, por uma questão de isonomia e dignidade humana, que a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei deverá receber seu tratamento.

Para corroborar esse entendimento, socorremo-nos do trabalho monográfico desenvolvido por Paulo Jacobina (2008).²⁴ Para esse autor (2008), faz-se necessário o enfrentamento dos princípios relativos ao direito sanitário, dentre os quais se encontram os próprios princípios relativos ao SUS, a fim de se demonstrar a flagrante contradição existente entre a medida de segurança e “[...] o discurso ideológico que a lastreia”, qual seja, apesar de os HCTPs serem considerados “estabelecimentos hospitalares públicos”, integram o sistema penitenciário e não o SUS.

Esses sistemas são regidos por lógicas muito diversas e, no HCTP, apesar de seu caráter ambíguo, a perspectiva punitiva acaba prevalecendo sobre a do cuidado, como já demonstrado em outras partes desse parecer. A consequência evidente desse arranjo é que os HCTPs e as medidas de segurança “não são regidos pelos princípios do SUS (leis 8.080 e 8.142/90), mas pelos princípios da execução penal (lei n.º 7.210/84)” (JACOBINA, 2008).

Ressalta que é necessário verificar a adequação da lei n. 10.216/2001 em dois planos, quais sejam: sua compatibilidade com a Constituição e sua integração no ordenamento infraconstitucional. Antes, contudo, continua o referido autor, é necessário, debruçar-se sobre os citados princípios do SUS e da saúde pública no Brasil; para tanto, duas leis são fundamentais: as leis n.º 8.080/90 e 8.142/90 que estabelecem os princípios do direito sanitário, conforme a Constituição, princípios esses sintetizados por Augusto César de Faias Costa (apud JACOBINA, 2008), como vistos a seguir:

24. Este tópico consiste na reprodução de parte de obra de autoria de JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito Penal da loucura**. Brasília: ESMPU, 2008. p. 99-106. O autor autorizou seu uso, por parte desta Comissão.

a) saúde como direito – cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício;

b) universalidade – acesso garantido aos serviços de saúde para toda população;

c) equidade – igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco (de morbidade e mortalidade) e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população;

d) integralidade – conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;

e) resolutividade – eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde através da assistência integral, resolutiva e contínua;

f) intersetorialidade – ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos;

g) humanização do atendimento – responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade, garantindo o valor da vida;

h) participação – democratização do conhecimento do processo saúde/doença, garantindo aos cidadãos o acesso à participação no processo decisório;

A estruturação do SUS obedece, também, a uma série de diretrizes igualmente traçadas pela Constituição e pelas Leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990. Jacobina (2008) utiliza-se, mais uma vez, da sistematização realizada por Augusto César de Farias Costa, no texto já citado, para elencar as diretrizes do SUS:

a) descentralização entendida como

[...] atribuição e exercício da política de saúde de forma democrática, voltada para os níveis locais do sistema, em geral o Município, com ações de atenção integral definidas nas três esferas de governo.

b) hierarquização, que consiste na

[...] definição de níveis de complexidade para a atenção de acordo com

a área de abrangência geográfica e a rede de serviços de saúde, nos quais, as ações básicas devem absorver a maior parte da demanda e apenas os casos mais graves são encaminhados para os serviços mais complexos e ou hospitalares.

c) regionalização, que implica na criação de uma

[...] rede de unidades descentralizada e hierarquizada [que] deve estar bem distribuída geograficamente para garantir o acesso da população a todos os tipos de serviços.

d) financiamento, ou seja,

[...] o SUS deve ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

e) controle social, que implica na participação social na administração pública, por meio do

[...] do estabelecimento das políticas de saúde, discutir suas prioridades e fiscalizar a execução dessas políticas e a utilização dos recursos.

Feita, então, a exposição dos princípios que regem o direito sanitário e o SUS, passar-se-á, finalmente, à análise da adequação da lei n. 10.216/2001 ao texto constitucional e sua integração no ordenamento infraconstitucional.

A lei n. 10.216/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, encontra-se lastreada tanto nos princípios de direito sanitário como nos princípios do SUS.

Note-se, portanto, que a lei não excepciona do seu texto as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, de modo que também esses são atingidos por ela. Aliás, não subsiste qualquer motivo para excluí-los da aplicação desse diploma, sem promover uma discriminação que não tem o menor suporte na Constituição Federal. Ao contrário, o seu art. 1º determina que os direitos ali assegurados às pessoas com transtornos mentais devem ser garantidos “sem qualquer forma de discriminação”, incluída aí a discriminação pelo fato da “passagem ao ato”, vale dizer, do cometimento de fato previsto na lei como crime.

O parágrafo único do art. 2º da lei n. 10.216/2001 é outra norma cuja interpretação é relevante para fins penais e processuais, pois traz

uma rol de direitos assegurados à pessoa com transtornos mentais, no campo da saúde, dentre os quais destacamos, pela importância para o tema objeto deste parecer, o “direito a ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”, previsto no seu inciso IX e que se somam aos demais direitos atribuídos ao conjunto dos cidadãos.

Em outros termos, a pessoa com transtorno mental que se encontre em medida de segurança deverá cumpri-la preferencialmente, em dispositivos extra-hospitalares de base comunitária, conforme dispõe a lei n. 10.216/2001, apesar de o art. 4º ainda admitir, em caráter excepcional, a internação, condicionando-a, à insuficiência de recursos extra-hospitalares.

Outros dispositivos da lei n. 10.216/2001 que nos indicam a sua integral aplicação às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei em medida de segurança são os arts. 6º e o 9º. Ao fixar as modalidades de internação, a legislação em saúde mental - art. 6º (sobrescrito), III, da lei n. 10.216/2001 e art. 3º, § 4º da Portaria GM n. 2.391/2002 - apresenta a internação psiquiátrica compulsória (IPC) como sendo aquela determinada pela autoridade judiciária quando:

- a) uma pessoa com transtorno mental pratica um crime;
- b) conclui-se que ela é inimputável, ou seja, é irresponsável penalmente;
- c) há o entendimento que essa pessoa oferece risco para si, para sua família ou para a sociedade;
- d) a sanção penal que lhe é imposta pelo juiz é o tratamento por intermédio de medida de segurança detentiva ou restritiva, ou seja, quer por meio de internação em HCTP, quer via tratamento ambulatorial.

Referida internação deve ocorrer em conformidade com a legislação vigente, devendo o juiz do feito ater-se às

[...] condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (art. 9º da lei n. 10.216/2001).

O termo paciente pode ter sido utilizado, aqui, pelo legislador, em dois sentidos: paciente como aquele indivíduo que recebe tratamento em saúde ou o indivíduo que, por ter praticado crime se encontra sob a custódia do Estado, cumprindo pena ou medida de segurança. À luz de uma interpretação lógico-sistemática e mesmo teleológica da lei n.

10.216/2001, compreendemos que a primeira conotação é a que se aplica ao art. 9º, reforçando a compreensão de que o tratamento em saúde no SUS, à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, prevalece sobre aquele realizado no âmbito do sistema prisional, de acordo com a legislação penal em vigor.

Nesse sentido, o próprio Ministério da Justiça, por meio do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (DEPEN), tem editado resoluções que visam a adequar a atenção à saúde mental, no sistema prisional, à lei n. 10.216/2001.

7.1 UM AVANÇO IGNORADO: A PORTARIA E AS RESOLUÇÕES DO CNPCP E DO CNJ E A ADEQUAÇÃO DAS DIRETRIZES PARA O CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA À LEI N. 10.216/2001

Atualmente, uma portaria e três resoluções norteiam as políticas públicas de medida de segurança: a portaria interministerial n. 1.777/MS/MJ/2003, a resolução CNPCP n. 05/2004; a resolução CNPCP n. 04/2010 e a resolução CNJ n. 113/2010, todas se encontram em consonância com a lei n. 10.216/2001.

A portaria interministerial n. 1.777/MS/MJ/2003 instituiu o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), que foi revisto e se encontra em sua terceira edição. E estabelece que a atuação das equipes de saúde dos HCTPs ou Alas de Tratamento Psiquiátrico deve ser pautada pelas **diretrizes da Política Nacional de Saúde mental**,

que tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) –, incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa “De Volta Para Casa”, manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado e garantir tratamento digno e de qualidade a pessoas submetidas à medida de segurança (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário), primando pelas diretrizes do SUS e da **Lei Federal n. 10.216/01**. (BRASIL, [2010b]).

A resolução CNPCP n. 05/2004 foi editada com vistas à adequação

das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança à lei n. 10.216/2001. Para que tal objetivo fosse alcançado, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária recomendou à sua Secretaria a remessa de cópia da referida Resolução e do seu anexo às Secretarias Estaduais que administram o Sistema Prisional, bem como aos Conselhos Penitenciários Estaduais e ao DEPEN/MJ.

As dezoito diretrizes traçadas na Resolução CNPCP n. 05/2004 encontram-se a seguir reproduzidas:

1. O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar.
2. A atenção prestada aos pacientes inimputáveis deverá seguir um programa individualizado de tratamento, concebido por equipe multidisciplinar que contemple ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e seja voltado para a reintegração sóciofamiliar.
3. O internado deverá “ter acesso ao melhor tratamento consentâneo às suas necessidades” (art. 2º, § 1º, inciso I), de mesma qualidade e padrão dos oferecidos ao restante da população.
4. Os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de Justiça e Saúde e congregando os diferentes atores e serviços que compõem a rede.
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. (art. 4º, § 2º).
6. A atenção deverá incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção de projetos voltados ao desenvolvimento da cidadania e à geração de renda, respeitando as possibilidades individuais.
7. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social.
8. Nos Estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico os pacientes deverão ser tratados na rede SUS.
9. Os Estados deverão realizar censos jurídicos, clínicos e sociais dos portadores de transtornos mentais que sejam inimputáveis, a fim de conhecer suas necessidades terapêuticas, disponibilizar recursos, garantir

seu retorno à comunidade de referência e acesso a serviços territoriais de saúde.

10. A conversão do tratamento ambulatorial em internação só será feita com base em critérios clínicos, não sendo bastante para justificá-la a ausência de suporte sócio-familiar ou comportamento visto como inadequado.

11. A medida de segurança só poderá ser restabelecida em caso de novo delito e após sentença judicial. Os casos de reagudização de sintomatologia deverão ser tratados no serviço de referência local.

12. A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica.

13. A fim de garantir o acesso dos egressos dos hospitais de custódia aos serviços residenciais terapêuticos, deverão ser estabelecidas cotas específicas para estes pacientes nos novos serviços que forem sendo criados.

14. Como forma de superar as dificuldades de (re)inserção dos egressos nos serviços de atenção psicossocial da rede, os gestores de saúde locais devem ser convocados, desde o início da medida, para participarem do tratamento, realizando busca ativa de familiares e preparando a família e a comunidade para o retorno do paciente.

15. Após a desinternação, desde o primeiro ano, o paciente deve ser assistido no serviço local de saúde mental, paralelamente ao tratamento ambulatorial previsto em lei, com o objetivo de construir laços terapêuticos em sua comunidade.

16. Os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, que apresentem quadro clínico e/ou neurológico grave, com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar, deverão ser objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (art.5º da Lei), beneficiados com bolsas de incentivo à desinternação e inseridos em serviços residenciais terapêuticos.

17. Os portadores de transtornos relacionados ao uso de drogas deverão ser objeto de programas específicos, de conformidade com a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

18. Em caso de falta às consultas ou abandono de tratamento, os serviços locais de saúde deverão realizar visitas domiciliares com o fim de avaliar a situação e estimular o retorno do paciente ao tratamento.

A Resolução DEPEN n. 05 é clara: as Secretarias e Conselhos de Segurança dos Estados deveriam ser cientificados do seu teor, a fim de realizarem a adequação da atenção psicossocial ofertadas nos HCTPs,

àqueles que cumprem medida de segurança, às disposições da legislação em saúde mental, notadamente a lei n. 10.216/2001.

Entretanto, da análise dos relatórios de visitas oficiais realizadas a esses estabelecimentos, pelos conselheiros penitenciários, o que se verifica é a manutenção do *status quo* ante, ou seja, o flagrante desrespeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, conforme a seguir reproduzido.

Sendo o único Hospital do Estado da Bahia destinado a dar cumprimento às medidas de segurança, isto é, por se tratar do único Manicômio Judiciário do Estado, o Hospital tem como grande problema o elevado número de paciente [sic] enviados pelas Comarcas do Interior do Estado, representando ao todo cerca de 90%. Este fato é apontado pela assistente social como o que mais dificulta a ressocialização, o contato dos internos com a família, fazendo com que estes paciente [sic] fiquem sem visitas e, conseqüentemente, sem apoio social. Muitas vezes, quando têm alta, o Serviço Social da Unidade tem problema para desinstitucionalizar o paciente, pois, pelo fato de grande parte das vezes as vítimas serem pessoas próximas do vínculo social (pai, mãe, filho e esposa), os parentes não querem levá-los para casa, preferindo mantê-los no Estabelecimento.

Os desinternados de Salvador recebem tratamento ambulatorial no próprio Hospital. **As reinternações são muitas, o que pode sugerir que a reabilitação psicossocial não é feita de forma adequada, ou que o laudo psiquiátrico é feito de maneira precária.**

A quantidade de peritos na casa é um dos maiores problemas da Casa, sendo um total de três para elaboração de laudos, **o que leva os pacientes a aguardarem até 7 meses pela avaliação psiquiátrica.**

Não há doente mental internado sem delito. Embora isso nos pareça óbvio, **até algum tempo atrás o Hospital era confundido com hospital psiquiátrico regular e costumava-se internar pacientes com transtornos mentais que não tinham cometido nenhum tipo de crime.** O índice de evasão aqui também é pequeno, e qualquer tentativa é feita pelas portas da frente, **devido ao próprio comprometimento dos internos,** o que é barrado pela portaria.²⁵ (grifos nossos)

Para demonstrar que essa realidade não é uma exceção à regra, mas sim a própria regra que viola diversos dispositivos da lei n. 10.216/2001 e, sobretudo o princípio da dignidade da pessoa humana e demais direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, reproduzimos, na sequência, parte do relatório encaminhado pelo

25. A inspeção ao HCTP do Estado da Bahia, situado na capital daquele Estado, Salvador, foi realizada em 28 de junho de 2007.

Conselho Penitenciário do Estado de Sergipe, referente à sua atuação no biênio 2005/2007:

[...]

- a) O Manicômio Judiciário encontra-se concebido como uma “prisão para loucos” e não como hospital de custódia e tratamento de doentes mentais pessoas que precisam muito mais de tratamento psiquiátrico e psicológico do que de repressão e castigo, consoante ensinamentos da moderna doutrina penal, de excução [sic] penal e psiquiátrica;
- b) Existência de uma superpopulação de reclusos no cumprimento de medida de segurança detentiva, posto que o Manicômio Judiciário tem capacidade para 20 (vinte) inimputáveis e abriga 77 (setenta e sete) doentes mentais internados por determinação judicial;
- c) Ausência de profissionais de saúde no próprio manicômio, o que se apresenta como inconcebível. Não existe enquanto servidores fixos e ocupantes de uma carreira específica profissionais de saúde (médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) no Manicômio Judiciário;
- d) Além disso, foram-nos apresentadas denúncias de falta de alguns remédios de uso periódico e obrigatório o que agrava a situação dos reclusos;
- e) Abandono material e ausência de desenvolvimento de práticas psicoterápicas com os reclusos, sendo os mesmos largados no ócio e na promiscuidade do convívio [sic] coletivo;
- f) Absoluta ausência de atividades de lazer e de ocupação quotidiana, ficando os reclusos na maior parte do tempo dentro de celas com grades;
- g) Colocação de quatro, cinco e até seis detentos na mesma cela, sem o mínimo de assepsia, dormindo em camas de cimento, sem colchão e cobertores, em total e completo abandono material;
- h) Odor fétido exalado pelas fossas e sanitários existentes nas celas e nos banheiros coletivos;
- i) Desrespeito à individualidade do doente mental, obrigado a fazer seu asseio pessoal de forma coletiva e na presença dos guardas prisionais;
- j) Ausência de um adequado acompanhamento social, posto que não existe uma política de aproximação das famílias com os inimputáveis que se encontram reclusos no manicômio.

Como transformar essa realidade explicitada nos mencionados relatórios? É o que exporemos na sequência.

7.2 EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO JURÍDICA E PSICOSSOCIAL À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI EM CONSONÂNCIA COM A LEI N. 10.216/2001

Enquanto a legislação penal encontra-se na contramão da luta antimanicomial e, sobretudo, das políticas públicas da área da saúde mental e, em menor monta, de segurança pública, conforme já visto, alguns estados, notadamente Minas Gerais e Goiás e o Distrito Federal desenvolveram programas voltados para a atenção jurídica e psicossocial à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, que se encontram em conformidade com a lei n. 10.216/2001 e demais normas que estabelecem os parâmetros das políticas públicas em saúde mental no país.

7.2.1 O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ²⁶

Este programa é o resultado de uma experiência pioneira iniciada em 1999 e formalizada, pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais em parceria com o Centro Universitário Newton Paiva e a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Belo Horizonte, por meio de portaria conjunta n. 25/2001.

A novidade é que esse projeto era desenhado de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica e dos direitos humanos, orientados pela singularidade de cada caso. O projeto de pesquisa nasceu apoiado pela Lei Estadual 11.802/1995²⁷, cujo texto havia inaugurado os pilares normativos para o redesenho da assistência em saúde mental em Minas Gerais. (BARROS-BRISSET, 2010, p. 25).

O PAI-PJ tem a função de, ao longo de todo o processo criminal, ofe-

26. Para maior aprofundamento sobre o programa e sua trajetória leia: BRISSET-BARROS, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: TJMG, 2010 e MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. **PAI-PJ**: programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental infrator. Belo Horizonte: TJMG, [2010].

27. Minas Gerais foi um dos primeiros estados brasileiros a promulgar, em 1995, a lei estadual n. 11.802/1995 (alterada pela n. 12.684, de 1º de dezembro de 1997 e regulamentada pelo Decreto n. 42.910, de 26 de setembro de 2002), voltada para a regulação dos serviços de saúde mental e para os direitos das pessoas com transtornos mentais daquele estado, pautada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Além de Minas Gerais, Ceará (Lei n. 12.151/1993), Distrito Federal (Lei n. 975/1995), Espírito Santo (Lei n. 5.267/1996), Paraná (Lei n. 11.189/1995), Pernambuco (Lei n. 11.064/1994), Rio Grande do Norte (Lei n. 6.758/1995) e Rio Grande do Sul (Lei n. 9.716/1992) promulgaram leis pautadas pelos já citados princípios.

recer atenção integral e intersetorial, na rede pública de saúde, com vistas à individualização da medida judicial aplicada à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, encaminhadas ao programa pelos juízes criminais, seus familiares, estabelecimentos prisionais, serviços de saúde mental dentre outros parceiros (BARROS-BRISSET, 2010, p. 33).

O referencial teórico que permeia a experiência é a “clínica das psicoses” de Lacan,

privilegiando o acompanhamento cuidadoso de cada sujeito paciente judiciário, para que a execução da sentença possa se dar de forma a considerar os pacientes como sujeitos de direitos e capazes de responder por seus atos.” (BARROS-BRISSET, 2010, p. 33).

A equipe do PAI-PJ é interdisciplinar e integrada por profissionais da psicologia, do direito, do serviço social e estagiários de psicologia, que atuam em duas frentes: junto ao paciente e como auxiliares do juízo.

Os resultados obtidos pelo PAI-PJ, desde sua implantação, denotam a eficiência da proposta, conforme demonstrado a seguir:

Desde sua implantação, 755 casos foram acolhidos pelo Programa e receberam tratamento adequado ao sofrimento mental até cessar suas relações com a Justiça. 489 casos já foram desligados do Programa. Dados de agosto de 2009 mostram que, atualmente, 266 pacientes encontram-se em acompanhamento. Desses, 210 encontram-se em liberdade, realizam seu tratamento nos dispositivos substitutivos ao manicômio e residem junto aos familiares, em pensões, sozinhos ou em residências terapêuticas da cidade. Os índices de reincidência, nos casos atendidos pelo Programa, é muito baixo, girando em torno de 2% em crimes de menor gravidade e contra o patrimônio. Não há registro de reincidência de crimes hediondos. (MINAS GERAIS, [2010]).

O PAI-PJ ganhou notoriedade nacional e internacional e sua metodologia serviu de inspiração para a construção de outro programa exitoso de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, o PAILI. (MINAS GERAIS, 2010).

7.2.2 O Programa de Atenção ao Louco Infrator - PAILI²⁸

Pressionado pela vedação legal ao recolhimento de pacientes psiquiátricos em prisões, bem como pelas iniciativas do Ministério Público (desde 1996) e do trabalho incansável de entidades ligadas à atenção psicossocial, o Estado de Goiás instituiu o PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde.

O PAILI surge inicialmente, em 2003, com o propósito de fazer o censo das medidas de segurança em execução no Estado de Goiás. Embora tímida a proposta inicial, não deixou de ser um bom começo, pois, realizado o levantamento dos dados e elaborados os relatórios correspondentes, o Programa não poderia simplesmente ser dissolvido.

Tem início, então, o trabalho articulado pela Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, com o suporte do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Cidadania, para o redimensionamento do PAILI. Para tanto se fez necessário o diálogo com diversas instituições, especialmente as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria da Saúde do Município de Goiânia, Procuradoria Geral de Justiça, Tribunal de Justiça, Conselho Regional de Psicologia, Fórum Goiano de Atenção psicossocial, rede de clínicas psiquiátricas, entre outras.

Se a medida de segurança não tem caráter punitivo – e de direito não tem – a sua feição terapêutica deve preponderar. Eis o argumento elementar levado à mesa de discussões. Muda-se o paradigma. A questão deixa de ser focada unicamente sob o prisma da segurança pública e é acolhida definitivamente pelos serviços de saúde pública. Não será a cadeia, tampouco o manicômio, o destino desses homens e dessas mulheres submetidos à internação psiquiátrica compulsória. A imagem do sofrimento e da exclusão dos imundos depósitos de loucos – ainda recente na memória dos goianos e presente em outros cantos do país – não mais tem espaço nesta época de proteção aos direitos fundamentais

28. Este tópico consiste na reprodução de parte de artigo de autoria de SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma Psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do PAILI. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 01, p. 111-114, 2010.

O PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - foi premiado, em 2009, pelo Prêmio Inovare, do Ministério da Justiça como prática inovadora do Ministério Público. Para maiores informações acesse: <<http://www.premioinovare.com.br/praticas/paili-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator/>>. Acesso em: 30 jan. 2010.

dos que padecem de transtornos psiquiátricos. Será o Sistema Único de Saúde (SUS) o espaço democrático de atendimento a esses pacientes. Esta era a proposta que poderia ser implementada com o redimensionamento das funções do PAILI, desde que houvesse boa vontade e disposição de todos os partícipes chamados ao debate.

E o diálogo deu frutos. Assim se fez e o PAILI assumiu oficialmente no dia 26 de outubro de 2006 a função idealizada pelo Ministério Público.

A assinatura, naquele dia, do convênio de implementação do PAILI, em solenidade realizada no auditório do Fórum de Goiânia, registrou o marco inicial do resgate de uma grande dívida para com a dignidade dos pacientes psiquiátricos, mediante a construção não de um novo manicômio, agora dispensável, mas sim mediante a construção coletiva de um processo visando à implementação da reforma psiquiátrica nesse campo historicamente caracterizado pela violação de direitos humanos fundamentais.

Com autonomia para ministrar o tratamento nesse modelo inovador, os médicos e as equipes psicossociais das unidades de serviços abertos e das clínicas conveniadas ao SUS determinam e colocam em prática a melhor terapêutica, acompanhados de perto pelos profissionais do PAILI, cuja atuação é marcada pelo contato contínuo com os familiares dos pacientes e pela interlocução e integração com todo o sistema de atenção psicossocial, especialmente os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas.

O processo de execução da medida de segurança continua jurisdicionalizado, mas não será o juiz quem determinará o tratamento a ser dispensado ao paciente, pois é o médico o profissional habilitado a estabelecer a necessidade desta ou daquela terapia. Aliás, é a Lei 10.216 que exige *laudo médico circunstanciado* como pressuposto elementar para a internação psiquiátrica. A proteção jurisdicional é garantia constitucional do cidadão na esfera da execução penal e, na presidência do processo executivo, o juiz acompanhará o tratamento dispensado ao paciente e decidirá sobre eventuais excessos ou desvios, até final extinção da medida de segurança.

Também o Ministério Público permanece, nesse novo panorama, com sua atuação fiscalizadora, acompanhando o desenrolar do procedimento judicial e, fundamentalmente, o tratamento dispensado aos pacientes pelas clínicas psiquiátricas e o regular funcionamento do PAILI.

A conformação deferida ao Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, agora responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás, é inovadora. O PAILI coloca a pessoa submetida à medida de segurança no ambiente universal e democrático do Sistema Único de Saúde sem distinção de outros pacientes, o que favorece sobremaneira a almejada inclusão à família e à sociedade.

Resultado da conciliação, num verdadeiro concerto entre os diversos órgãos envolvidos com a matéria, em ambiente que contou com a participação ativa da sociedade, o PAILI já é realidade e tem tudo para ser uma experiência, a cada dia, mais exitosa no resgate da dignidade e dos direitos humanos fundamentais dos pacientes submetidos à medida de segurança, e cujo modelo vem despertando o interesse de outros cantos do país.

Desde a sua implantação, em outubro de 2006 até 2009 o PAILI recebeu um total de 140 encaminhamentos de pacientes. Desses, 134 (95,7%) são homens e 06 (4,3%), mulheres. Dentre os encaminhamentos, o PAILI acompanhou 113 (80,7%).

O PAILI não atendeu todos os encaminhamentos que lhe foram feitos, pois algumas comarcas não firmaram convênio com o programa. E, por ser a saúde municipalizada, isso exige dos municípios do interior uma pactuação com a Capital, para a utilização de serviços de saúde mental não disponíveis nas cidades menores. Pacientes de municípios não conveniados não são atendidos enquanto não se faz a pactuação.

Normalmente, a pactuação se dá a partir da demanda, ou seja, quando há algum paciente em medida de segurança em cidade do interior, especialmente quando está preso. Daí, alguns pacientes não são atendidos enquanto não se resolve a questão burocrática.

Do total de 113 pacientes acompanhados pelo PAILI, 67 em trata-

mento ambulatorial; 15 internados; 09 não localizados; 15 tiveram a medida extinta; 23 estão presos; 12 falecidos.

Todos os pacientes são atendidos no SUS, tanto no tratamento ambulatorial quanto nas internações. As internações, quando necessárias, são feitas em clínicas psiquiátricas particulares conveniadas ao SUS, pois o estado de Goiás não possui HCTP. Tecnicamente, por se tratar de paciente em medida de segurança, a internação será na modalidade "compulsória", não obstante a possibilidade de alta sem a necessidade de ordem judicial.

Alguns dos não localizados são foragidos. Outros, simplesmente nunca tiveram início de execução da medida de segurança.

Em relação aos pacientes que tiveram sua medida extinta, cabe ressaltar que, no PAILI, não se fala mais em periculosidade ou cessação dela. O paciente tem a medida extinta quando o "laudo de avaliação psicossocial", elaborado pela própria equipe, indica a possibilidade do desligamento do Programa, caso em que o paciente pode continuar a fazer uso dos serviços de saúde mental sem o monitoramento do PAILI.

Quando em medida de segurança, o paciente é liberado e encaminhado para o tratamento indicado (internação ou tratamento ambulatorial). Os presos referem-se, na maioria, a pessoas recolhidas em comarcas ainda não conveniadas ao PAILI e, também, a pessoas novamente presas acusadas da prática de novo crime, caso em que permanecem presas à disposição do juiz do novo processo, havendo, assim, entre eles, os que integram o percentual de 7% de reincidentes.

Cabe destacar que todos os reincidentes são dependentes químicos com transtorno mental.

Quinze pacientes que ainda não receberam a sentença de medida de segurança obtiveram orientação do PAILI.

Se houver uma pessoa com transtorno da personalidade ou da conduta, o vulgo psicopata, em medida de segurança, será atendido pelo PAILI, nos exatos termos do programa. Entretanto, esta situação apresenta dificuldades de encaminhamento relatadas pela equipe do Programa, principalmente pela não adesão do indivíduo ao tratamento proposto.

Dentre os 246²⁹ municípios goianos 31 (12,6%) aderiram ao PAILI. São eles: Águas Lindas, Caldas Novas, Catalão, Goianésia, Goiânia, Goianira, Hidrolândia, Iporá, Itaberaí, Itapaci, Itumbiara, Ivolândia, Jataí, Jussara, Minaçu, Mineiros, Montes Claros de Goiás, Niquelândia, Orizona, Palmelo, Planaltina, Rio Verde, São Domingos, São Luiz de Montes Belos, Silvânia, Senador Canedo, Três Ranchos, Varjão, Santa Fé de Goiás, Rialma e Uruaçu.

Há iniciativas para que essa experiência - ganhadora do prêmio Inovare 2009, na categoria Ministério Público - seja replicada no Maranhão e em Sergipe.

7.2.3 O Programa de Brasília³⁰

Brasília é uma das nove unidades da federação que não possuem HCTPs. O atendimento às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei é feito na Ala de Tratamento Psiquiátrico – ATP – situada na penitenciária feminina de Brasília. Foi nesse contexto que se deu, a partir de 2002, o primeiro projeto de ressocialização de pacientes do sexo masculino, com diagnóstico de transtorno esquizofrênico, há mais de cinco anos cumprindo medida de segurança e com graves problemas psicossociais. (CASTRO, 2009, p. 100).

O desenho desse programa – que inova ao realizar o processo de desconstrução do manicômio de dentro da instituição para a comunidade - foi inspirado no PAI-PJ e no PAILI, bem como na lei n. 10.216/2001 e na portaria interministerial n. 1.777/2003, que dispõe sobre a saúde no sistema penitenciário, conforme seu idealizador Ulysses Rodrigues de Castro (2009, p. 100).

O trabalho é desenvolvido por meio de uma parceria entre o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, via Seção Psicossocial da Vara de Execuções Criminais – VEC – e o CAPS/SES – Instituto de Saúde Mental (ISM) de Brasília.

29. Os dados sobre o número de municípios do estado de Goiás estão disponíveis por meio do site do IBGE: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=go>>. Acesso em: 05 jun. 2011.

30. A experiência é objeto da obra: CASTRO, Ulysses Rodrigues de. **Reforma Psiquiátrica e o louco infrator: novas idéias, velhas práticas**. Brasília: Hinterlândia, 2009.

O ISM é uma instituição que dispõe de três serviços de saúde mental: um CAPS, uma casa de passagem, que desempenha o papel de residência terapêutica (dispositivo extra-hospitalar ainda não implementado no Distrito Federal) e um ambulatório. Os pacientes são atendidos no CAPS/ISM durante o dia e voltam para o presídio no final da tarde, nos dias úteis. (CASTRO, 2009, p. 100; p. 115).

Mesmo estando em funcionamento desde 2002 e de se ter apresentado um projeto de lei à Câmara Legislativa do Distrito Federal com vistas ao seu disciplinamento, o Programa de Brasília ainda não foi legalmente formalizado.

7.3 A EXTINÇÃO DOS HCTPS E A REALOCAÇÃO DOS RECURSOS QUE LHE SÃO DESTINADOS ³¹

A extinção dos HCTPs apresenta-se inexorável, pois a lei n. 10.216/2001 no art. 4º disciplina:

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

§ 1º O tratamento visarà, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

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

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

A lei n. 10.216/2001, contudo, está sendo violada pelas autoridades federais e estaduais, que mantêm funcionando esse falido e ambíguo dispositivo disciplinar.

Apesar de não se constituir em um processo simples, a extinção dos HCTPs é premente e todos os recursos federais e estaduais alocados para a sua manutenção devem ser redirecionados para a implementação e expansão dos diversos dispositivos da rede de atenção psicossocial.

31. Essa seção foi elaborada pela Profa. Dra. Margarida Mamede, psicóloga e professora em São Paulo, a pedido desta Comissão.

Para que haja a real transferência de recursos da área da segurança pública para a saúde, sem o risco de um mero mascaramento do processo e, principalmente, para que esse processo não se apresente como uma oportunidade de se desviar recursos públicos, a área da saúde, tanto estadual como a municipal devem, de acordo com suas atribuições legislativas, assumir a gestão e o projeto. Tal assunção da saúde em detrimento da justiça deve-se ao entendimento desta comissão de que o paciente em medida de segurança é sujeito da saúde e não da justiça, como bem colocam Paulo Jacobina e Haroldo Caetano Silva. Diante desse entendimento, a passagem das atribuições e do orçamento dos HCTPs, para a Secretaria de estado e de município, faz-se imprescindível.

Aí entra a legislação, pois se o município não estiver cadastrado no Ministério da Saúde (MS), ele não pode receber verba para CAPS e para Residência Terapêutica. Pela legislação que disciplina a temática, toda Residência Terapêutica precisa estar supervisionada pelo CAPS ou ambulatório de saúde mental local (Portarias n. 336, n. 189 e n. 816 de 2002):

A iniciativa de criar o CAPS é do gestor municipal. Ele deve consultar a coordenação estadual de saúde mental e avaliar a disponibilidade orçamentária, existência de recursos humanos, etc. (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b).

Em outras palavras, isso significa que se não houver uma reorganização burocrática entre secretarias de segurança pública e de saúde, para que essas últimas “assumam” os HCTPs e os transformem nesses serviços substitutivos, não há como reverter o orçamento do Ministério da Saúde para se promover essa mudança. Para tal, é preciso conscientizar e “convencer” tanto a Justiça quanto a Saúde a aceitarem essa readequação, pois não se pode perder de vista que mesmo dentro dos setores mais vanguardistas da justiça e da Reforma Psiquiátrica, persiste o estigma sobre a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Apesar das dificuldades que essa proposta “radical” possa aparentar, num primeiro momento, o HCTP Heitor Carrilho, situado no Rio de Janeiro, já se encontra cadastrado no SUS, o que denota a viabilidade do aqui proposto.

8. A FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, DAS ÁREAS PSI E JURÍDICA PARA ATUAREM NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

Ao se exigir uma atenção integral à saúde da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, de acordo com o preconizado pela Constituição Federal de 1988 e pela lei n. 10.216/2001, está se defendendo que o Estado deve lhes proporcionar atendimento e acompanhando físico e psicossocial, em dispositivos extra-hospitalares, ou seja, que esse cidadão receba atenção integral na rede pública de saúde (SUS), com o apoio da sua rede de relações interpessoais – familiares, amigos, colegas de trabalho, vizinhos... - e no seu território, em outros termos, próximo à sua residência.

Para que isso ocorra, passa-se a necessitar da atuação de profissionais da área de saúde, tais como nutricionistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, fisioterapeutas ao lado dos e conjuntamente com aqueles que tradicionalmente desempenhavam o cuidado em saúde mental, quais sejam, os médicos, os psicólogos e a equipe de enfermagem, além dos profissionais da área social, os assistentes sociais.

Em se tratando da atenção integral às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, a atenção integral só será plena, se envolver os profissionais da área jurídica, notadamente, os defensores públicos, os membros do Ministério Público e da magistratura.

A atuação do Ministério Público Estadual em matéria de saúde mental está prevista na própria lei n. 10.216/2001, no seu art. 8º, § 1º em relação à fiscalização das internações psiquiátricas involuntárias. Contudo, suas atribuições são mais amplas. O Ministério Público Estadual, ao lado dos familiares, dos profissionais da saúde, dos Conselhos de Saúde e da Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, é um dos atores do processo de promoção da cidadania das pessoas com

transtornos mentais e do cumprimento das políticas públicas em saúde mental, no Brasil.

Entretanto, não basta a atuação do Ministério Público Estadual. Outros profissionais do Direito devem, ao lado dos membros dessa instituição, atuar na defesa e no asseguramento dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, tais como o de não ser discriminado pelo próprio Direito em sentido amplo (legislação e decisões judiciais criminais, cíveis e trabalhistas) em virtude do seu transtorno.

É da conjugação do trabalho desses diferentes atores da atenção integral à saúde da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei que se poderá propor e implementar um projeto terapêutico individualizado a fim de que essa pessoa possa ter maior probabilidade, no menor tempo, de ser reintegrada socialmente.

Contudo, a formação tradicional desses diversos profissionais, quer sejam da área da saúde, quer da social ou da jurídica não contempla conteúdos, competências e habilidades voltados para a atenção em saúde mental, menos ainda para lidar com o binômio “transtorno mental/crime”, o que dificulta a efetividade dos seus direitos fundamentais, notadamente, o direito à saúde.

Para ilustrar a afirmação acerca da importância de os profissionais da saúde e da área jurídica se capacitarem em atenção psicossocial, trazemos relato de três membros do Ministério Público, que participaram de evento sobre saúde mental.

Nos discursos dos participantes da oficina restou evidenciado que há uma dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde e do Poder Judiciário, inclusive em termos de linguagem (expressões decorrentes do especialismo que não são bem compreendidas pelas partes envolvidas, o que decorre, principalmente, da insuficiência de encontros/oficinas/debates, qualquer dispositivo que estabeleça o contato entre tais profissionais), dificuldade esta que, às vezes, vem sendo remediada pela atuação do Ministério Público. Questionou-se a desassistência jurídica aos sentenciados com medidas de segurança, o que representa um discrimen inaceitável, que lhes priva do direito básico a ampla defesa e ao contraditório, garantido a qualquer condenado que não seja portador de transtornos mentais.” (comunicação verbal, 2010).

Diante disso, para que a atenção integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei não seja apenas uma ficção, é importante que as instituições jurídicas, profissionais da saúde e do direito e os gestores públicos em saúde, por si ou em parceria com Universidades ou Instituições de Ensino Superior, promovam cursos, oficinas, debates, capacitações voltados para a compreensão e eficiente atuação no campo dessa complexa problemática.

9. CONSIDERAÇÕES DA COMISSÃO

Diante de todo o exposto verifica-se que o atual sistema de execução da medida de segurança no Brasil configura uma das maiores violações aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Nesse sentido, esta comissão propõe, em conformidade com os objetivos da sua constituição:

a) Criação de uma agenda política, social e jurídica voltada para a atenção psicossocial, assistência jurídica, moradia, trabalho e demais direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei em medida de segurança.

b) Necessidade de se engendrar ações políticas e jurídicas para a formação de equipe de atenção psicossocial na Atenção Básica e implantação de todos os dispositivos extra-hospitalares de saúde mental – Programa Saúde da Família, CAPS, residência terapêutica, leitos em hospital geral -, garantindo-se, também, o atendimento às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, pelo SUS.

c) Implementação das ações programáticas fixadas no objetivo estratégico III – Tratamento Adequado de pessoas com transtornos mentais - da diretriz 16 - modernização da política de execução penal, priorizando a aplicação de penas e medidas alternativas à privação de liberdade e melhoria do sistema penitenciário - do Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH -3).

d) Fomento, por parte da PFDC, da participação da sociedade civil, por intermédio dos movimentos sociais, associações e da academia,

no debate e na construção de políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, notadamente, mas não exclusivamente, o seu direito à saúde, conforme trajetória da saúde mental, a partir dos anos 80.

e) Realização de audiências públicas sobre medidas de segurança e os direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, tanto no Ministério Público, como nas duas Casas do Congresso Nacional.

f) Fiscalização e controle das medidas de segurança, por parte do Ministério Público, de acordo com o art. 129 da Constituição Federal, Lei Complementar n. 75 e a LEP.

g) Expedição de recomendação ministerial, por parte da PFDC, no sentido de recomendar o cumprimento dos termos do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional, instituído pela Portaria interministerial n. 1.777/MS/MJ/2003, das Resoluções n. 05/2004 e n. 04/2010 do CNPCP e a Resolução n. 113/2010 do CNJ e da recomendação CNJ n. 35/2011.

h) Provocação do Conselho Nacional do Ministério Público no sentido de criar Comissão Especial para a realização de estudos e elaboração de minuta conjunta de um ato normativo entre CNMP e CNJ para fixar a periodicidade de fiscalização e padronização dos mecanismos das medidas de segurança.

i) Criação e difusão, na PFDC, de um banco de experiências positivas em relação à atenção psicossocial e aos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

j) O Ministério Público Federal, do Distrito Federal e Territórios e Estadual deverão promover ações efetivas para fiscalizar os órgãos da Administração direta e indireta quanto ao repasse das verbas destinadas às internações nas unidades psiquiátricas, bem como a destinação das verbas para os serviços substitutivos de atenção psicossocial.

k) Atuação no sentido de que, após a Lei n. 10.216/2001, somente a necessidade terapêutica, devidamente demonstrada por meio

de avaliação da equipe interdisciplinar, pode determinar uma internação, em caráter excepcional, cabendo aos demais serviços da rede de saúde mental previstos na legislação em saúde mental promover, no SUS, o tratamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

l) Extinção dos HCTPs e a não construção de instituições similares que os substituam, tanto nos estados que já possuem desses dispositivos, quanto nos estados que não tem HCTPs.

m) A revisão da legislação codificada penal e processual penal e da LEP, para adequá-las à Lei n. 10.216/2001, no que concerne à medida de segurança. Especial atenção deverá ser dada à problemática da presunção de periculosidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, pois além de discriminatória em relação ao indivíduo 'normal', imputável encontra-se superada pela mudança de paradigma, no campo clínico, da periculosidade para o de risco de violência.³²

n) Interpretação da legislação penal à luz da lei n. 10.216/2001, enquanto sua reformulação não for concluída.

o) A efetiva extensão da atenção psicossocial ofertada por meio do SUS aos que cumprem medida de segurança, espelhando as experiências dos programas PAI-PJ, de Minas Gerais, PAILI, de Goiás e Programa de Brasília, do Distrito Federal, cuja concepção e execução encontram-se em plena sintonia com a lei n. 10.216/2001.

p) Retirada dos projetos de Lei n. 3.473/2000, que objetiva alterar o código penal e do projeto de lei n.º 5057/2001, que visa modificar a LEP, ambos em trâmite no Congresso Nacional, a fim de que a proposta ali prevista seja amplamente debatida e reelaborada em conformidade com a atual legislação que regulamenta a atenção em saúde mental,

32. De acordo com a OMS (2001, p. 59), "É grande, e tem múltiplos aspectos, o impacto das perturbações mentais sobre as comunidades. Há o custo da prestação de cuidados, a perda de produtividade e certos problemas legais (inclusive violência) associados com algumas perturbações, **embora a violência seja causada, muito mais frequentemente, por pessoas 'normais' do que por indivíduos com perturbações mentais.**" (grifos nossos).

notadamente a lei n. 10.216/2001.

q) Recomendação para que a internação, bem como elaboração de avaliação de insanidade mental e cessação de periculosidade de pessoa com transtorno mental em conflito com a lei sejam realizados por equipe psicossocial, composta por médico psiquiatra, psicólogo³³, assistente social e enfermeiro³⁴ até a completa extinção dos HCTPs.

r) Inclusão da lei n. 10.216/2001 e demais normas que versam sobre atenção psicossocial nos editais de concursos públicos para a magistratura, ministério público, advocacia pública, defensoria pública e delegado de polícia, bem como para peritos médicos, e técnicos da área psicossocial, estadual, distrital e federal.

s) Inclusão da lei n. 10.216/2001 e demais normas que versam sobre atenção psicossocial tanto nos cursos de formação dos aprovados em concursos públicos para magistratura, ministério público, advocacia pública, defensoria pública e delegado de polícia, tanto estadual como distrital e federal, como em cursos de atualização e oficinas para os membros dessas carreiras.

t) A reversão do orçamento destinado à manutenção dos HCTPs, suas equipes de profissionais e das pessoas que cumprem medida de segurança para a construção de CAPSs e para a expansão da rede de atenção psicossocial e suporte financeiro – Benefício de Prestação Continuada (BPC), “De volta para casa”, cooperativas, dentre outros aos egressos dessas instituições.

u) Extensão do alcance do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH – aos HCTPs, por meio de instrumento jurídico adequado, a fim de que se tenha um diagnóstico fiel e um maior monitoramento – governamental e social - da atenção em saúde mental prestada nessas instituições, até a sua extinção.

v) Em relação às pessoas com transtornos da conduta ou da personalidade anti-social, vulgarmente denominadas psicopatas ou socio-

33. A atuação de psicólogo no âmbito do sistema prisional deverá ser pautada pela Resolução CFP n. 12/2011, que vige desde 02 de junho de 2011.

34. Inclusão feita por solicitação de representante da categoria profissional, apresentada à Comissão, durante a audiência pública.

patas – tendo-se em vista o atual estágio técnico-científico em relação a esse tipo de transtorno e a dificuldade de que esse grupo adira ao tratamento -, propõe-se que sejam apenadas, quando não apresentarem alterações psicóticas. Se além do transtorno da conduta ou da personalidade anti-social, apresentarem outros transtornos, que caracterize o que juridicamente se denomina semi-imputabilidade, que seja aplicado o art. 26, parágrafo único do CP, sem prejuízo da atenção psicossocial que lhes deve ser prestada, de acordo com a lei n. 10.216/2001, a portaria interministerial n. 1.777, as Resoluções n. 05/2004 e n. 04/2010 do CNPCP e a Resolução n. 113/2010 do CNJ e da recomendação CNJ n. 35/2011 e demais normas voltadas para a atenção em saúde mental.

Este é o parecer desta Comissão.

Brasília, 13 de junho de 2011.

10. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. A saúde integral e a inclusão da atenção psicossocial no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. **Dynamis Revista Tecnocientífica**, Blumenau, v. 12, n. 47, Edição Especial Atenção psicossocial na Atenção Básica 2, p. 6-21, abr./jun. 2004.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRISSET-BARROS, Fernanda Ottoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: TJMG, 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. Ministério da Saúde. **Relatório Final: Seminário Nacional para a reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Brasília: Ministério da Justiça/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. IPEA. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise: vinte anos da Constituição Federal**. 2. ed. Brasília: Ipea, 2008. v. 1. Cap. 3.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos** (PNDH -3). Brasília: SEDH/PR, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, [2010b]. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório Final da VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=32638>. Acesso em: 22 maio 2011.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. (Coleção Saúde & Sociedade).

CASTRO, Ulysses Rodrigues de. **Reforma Psiquiátrica e o louco infrator**: novas idéias, velhas práticas. Brasília: Hinterlândia, 2009.

CORDO, Margarida. **Reabilitação de pessoas com doença mental: das famílias para a instituição da instituição para a família**. Lisboa: Climpesi 2003.

COSTA-ROSA, Abilio, LUZIO, Cristina Amelia, YASUI, Silvio. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro Nau, 2003. p. 13-44.

DELGADO, Pedro Gabriel. **As razões da tutela**: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DSM-IV-TR. **Manual diagnostic e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FIOCRUZ. **Sofrimento psíquico em policiais civis: uma questão de**

gênero. Disponível em <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=332&sid=9&tpl=printerview>>. Acesso em 07 mar. 2011.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica.** Brasília: ESMPU, 2008.

LATAS, António João; VIEIRA, Fernando. **Notas e comentários à lei de saúde mental.** Coimbra: Coimbra, 2004.

MAMEDE, Margarida C. **Cartas e retratos: uma clínica em direção à ética.** São Paulo: Altamira, 2006.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. **A humanização na assistência à saúde mental no hospital geral: uma das alternativas terapêuticas da reforma psiquiátrica garantida pelos direitos humanos.** Monografia (Especialização em Saúde Mental e Qualidade de Vida no Hospital Geral aplicada à Nefrologia), UNIFESP, São Paulo, 2005.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. Direitos humanos e atenção psicossocial. **MPF em pauta.com**, Brasília, 21 maio 2007. p. 2-3.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. Atenção psicossocial no contexto do Direito Sanitário. In: COSTA, Alexandre Bernardino et. al. (Orgs.). **O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde.** Brasília: CEAD/UnB, 2009. Unidade III. p. 187-214.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. **PAI-PJ: programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental infrator.** Belo Horizonte: TJMG, [2010].

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS. Centro de Apoio Operacional de Defesa do Cidadão. Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança (Cartilha do PAILI). Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/14595047/PAILI-Programa-de-Atencao-Integral-ao-Louco-Infrator>>.

MOREIRA, Paulo, MELO, Ana (Orgs.). **Saúde mental: do tratamento a prevenção.** Porto: Porto, 2005.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Políticas Públicas em saúde mental**. Tese (Doutorado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direito**: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

OLIVEIRA, Walter Ferreira. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Atenção psicossocial e a formação do profissional de Atenção psicossocial no contexto da promoção da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 38-48, jan./dez. 2008.

OLIVEIRA, Walter Ferreira. **A importância da terminologia no campo da saúde mental**. Florianópolis: USFC, 2010. Lido no original.

OLIVEIRA, Walter Ferreira. **Medida de segurança e sociopatia**. Florianópolis: USFC, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: CID10. 9. ed. rev. São Paulo: EDUSP, 2003. v.1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**. Lisboa: OMS, 2005.

QUEIROZ, Paulo. **Direito Penal**: parte geral. 6. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

RAMOS, Maria Regina Rocha; COHEN, Cláudio. Considerações acerca da semi-imputabilidade e inimputabilidade penais resultantes de transtornos mentais de de Comportamento. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v. 10, n. 39, p. 215-229, jul./set. 2002.

SILVA, Haroldo Caetano da. **Execução Penal**. Porto Alegre: Magister, 2006.

SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma Psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do PAILL. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 01, p. 111-114, 2010.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**: 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

REVISTA DOS TRIBUNAIS. **Vade mecum RT**. 6. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

11. LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde

CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CNSM – Conferência Nacional em Saúde Mental

CP – Código Penal

CPP - Código de Processo Penal

CRP – Conselho Regional de Psicologia

DEPEN – MJ – Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça

DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais –
Texto Revisado

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

IPC - Internação Psiquiátrica Compulsória

IPI - Internação Psiquiátrica Involuntária

IPV - Internação Psiquiátrica Voluntária

ISM - Instituto de Saúde Mental

LEP - Lei de Execuções Penais

MP - Ministério Público

MPF – Ministério Público Federal

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

NMSs - Novos Movimentos Sociais

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OEA - Organização dos Estados Americanos

ONU - Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana da Saúde

PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

PNSSP - Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (INCLUIR)

PGR – Procuradoria-Geral da República

PFDC – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

PNDH – 3 - Plano Nacional de Direitos Humanos

PL – Projeto de Lei

RP – Reforma Psiquiátrica

SUS - Sistema Único de Saúde

12. ANEXOS

EDITAL DE CONVOCAÇÃO DA AUDIÊNCIA PÚBLICA

Edital de Convocação de Audiência Pública sobre a

“Apuração da aplicação da Lei 10.216/2001 ao sistema penitenciário nacional, tendo em vista a execução das medidas de segurança nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”

A Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão, Dra. Gilda Pereira de Carvalho, no âmbito do ICP 1.00.000.004683/2011-80 e no exercício de suas atribuições legais e constitucionais, pelo presente edital convoca Audiência Pública a realizar-se no dia 20 de junho de 2011, das 9h às 18h, em auditório da Procuradoria Geral da República (SAF Sul Quadra 04, Conj. C – Brasília/DF), com o objetivo de lograr conhecimentos e informações dos operadores da área jurídica, especialistas em saúde mental, entidades civis e sujeitos de direitos quanto à aplicação da Lei 10.216/01. Espera-se como resultado, obter-se conhecimentos multidisciplinares, dados e subsídios sobre as pessoas em cumprimento de medida de segurança.

2. A disciplina e agenda da audiência será a seguinte:
3. Às 9h a Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão fará a abertura do evento, expondo os objetivos da audiência e as peculiaridades fáticas e jurídicas do tema, especialmente as relacionadas às funções constitucionais e legais do Ministério Público Federal.
4. Em seguida, a palavra será assegurada, por 20min, aos convidados que representam o Poder Executivo, Legislativo e Judiciário, Membros do Ministério Público, Conselhos Profissionais, Entidades Civis, Organizações Sociais, representantes da Academia.
5. Haverá às 12:30, intervalo de uma hora para almoço.
6. A audiência será retomada com a palavra dos convidados, até às

17h45min, sendo a palavra franqueada a qualquer interessado que se inscrever para manifestar sua posição sobre o assunto objeto da audiência pública, observada a ordem de inscrição, que serão abertas logo após a manifestação dos especialistas referidos no parágrafo anterior. No mesmo período, poderão os interessados apresentar possíveis encaminhamentos resolutivos à questão, sugerindo providências ao Ministério Público Federal.

7. Nos 15min finais, a PFDC apresentará uma avaliação geral das contribuições obtidas na audiência pública e indicará as próximas providências a adotar no interesse do ICP 1.00.000.004683/2011-80.

8. Os trabalhos deverão encerrar-se até as 18h.

9. A audiência pública será gravada em áudio e vídeo e será, ao final, lavrada ata sucinta dos trabalhos, para posterior juntada, com a mídia gravada, no ICP 1.00.000.004683/2011-80, sendo ambas disponibilizadas aos interessados no prazo de 10 dias.

10. Publique-se o presente edital na Recepção desta Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, na internet e na porta de entrada do auditório onde se realizará a audiência.

11. Providencie a Secretaria da PFDC o envio dos convites para participação na audiência pública a todas as autoridades antes referidas, fazendo-os acompanhados deste edital.

Brasília-DF, 12 de maio de 2011

Gilda Pereira de Carvalho
Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão

PROGRAMAÇÃO DA AUDIÊNCIA PÚBLICA

20 DE JUNHO DE 2011 – 2ª FEIRA

Manhã (de 9h às 12h30)

Abertura: Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão e presidente do Inquérito Civil Público – GILDA PEREIRA DE CARVALHO

1ª mesa (duração: 1h40min)

Apresentação do Parecer da Comissão criada pela PFDC e posicionamentos dos Conselhos Federais e entidades civis sobre a aplicação da Lei 10.216/01 às pessoas em medida de segurança

Coordenadora:

Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão e presidente do Inquérito Civil Público – GILDA PEREIRA DE CARVALHO

Expositores:

Psicóloga e Advogada – Parecer da Comissão da PFDC - LUCIANA MUSSE

Conselheira do Grupo de Trabalho Sistema Prisional do Conselho Federal de Psicologia - ADRIANA EIKO MATSUMOTO

Representante do Conselho Federal de Medicina - EMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI

Representante da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila) - IVARLETE FRANÇA

2ª mesa (duração: 1h20)

Execução das Medidas de Seguranças

Coordenadora:

Procuradora de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios - TÂNIA MARCHEWKA

Expositores:

Presidente do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) - GEDER LUIZ ROCHA GOMES

Coordenadora-Geral de Reintegração Social e Ensino do Departamento Penitenciário Nacional/DEPEN- Ministério da Justiça - MARA FREGAPANI BARRETO

Coordenadora de Reinserção Social dos Hospitais de Custódia do Rio de Janeiro da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro - TÂNIA KOLKER

Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero/ANIS – apresentação dos dados dos estados da Bahia e Minas Gerais - JANÁINA PENALVA

Perguntas/respostas 30 min

Almoço: 12h30

Tarde (de 13h30 às 18h)

3ª mesa (duração: 1h)

Apresentação dos serviços prestados às pessoas em medida de segurança

Coordenador: Psiquiatra, Médico Sanitarista e Professor da Universidade Federal de Santa Catarina - WALTER FERREIRA DE OLIVEIRA

Expositores:

Coordenador Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde - ROBERTO TYKANORI

Professor da Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ /Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) / Coordenador do Grupo de Trabalho em Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva/ABRASCO/ - PAULO AMARANTE

Diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro - TANIA MARIA DAHMER PEREIRA

4ª mesa (duração: 1h20min)

Experiências de aplicação da Lei 10.216/2001 na execução das medidas de segurança

Coordenador: Procurador Regional da República da 1ª Região - PAULO VASCONCELOS JACOBINA

Expositores:

Promotor de Justiça - Coordenador do Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos (CAODH) -Ministério Público do Estado de Goiás e idealizador do Programa de Atenção ao Louco Infrator (Paili) - HAROLDO CAETANO DA SILVA

Psicóloga Judicial do Tribunal do Núcleo Supervisor do PAI PJ de Minas Gerais - ROMINA GOMES

Desembargador do Tribunal de Justiça de Minas Gerais - HERBERT CARNEIRO

Diretor-Geral do Instituto de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Distrito Federal - ULYSSES RODRIGUES DE CASTRO

Perguntas/respostas 30 min

Avaliação e considerações finais da PFDC acerca das contribuições obtidas na audiência.

REALIZAÇÃO:



PFDC
Procuradoria Federal
dos Direitos do Cidadão

MPF
Ministério Público Federal