UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Justiça, Cidadania e Saúde: Reflexões sobre
Limites, Possibilidades e Desafios para a
Implementação da Reforma Psiquiátrica nos
Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no
Estado de São Paulo

Patrícia Maria Villa Lhacer

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para a
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade.

Orientadora: Prof^a Dr^a Augusta Thereza de
Alvarenga

São Paulo
2013

Justiça, Cidadania e Saúde: Reflexões sobre
Limites, Possibilidades e Desafios para a
Implementação da Reforma Psiquiátrica nos
Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no
Estado de São Paulo

Patrícia Maria Villa Lhacer

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para a
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade.

Orientadora: Prof^a Dr^a Augusta Thereza de
Alvarenga

São Paulo
2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

*A meus pais, Caetano e Neuza, pelo amor incondicional.
Luz de generosidade, solidariedade e lealdade
para minhas escolhas e caminhos.
Acalento para minhas angústias e dificuldades.*

AGRADECIMENTOS

À M. e ao W., internos do HCTP II de Franco da Rocha, por terem compartilhado comigo suas histórias de vida e os mais lindos e inesquecíveis exemplos de amor fraterno.

À minha irmã e melhor amiga Priscilla Maria Villa Lhacer, virginiana, espelho e elo eterno de amor, companheirismo e gratidão.

À minha sobrinha amada Melissa Paz Lhacer Filipic, por dar um colorido inimaginável à minha existência e por, ainda tão pequenina, entender, a seu modo, a importância de minha pesquisa “para ajudar as pessoas que tem um probleminha na cabeça”.

À minha orientadora Professora Augusta Thereza de Alvarenga, pela mão estendida e que durante toda a minha pesquisa conduziu-me de forma firme, paciente e iluminada, pelo ombro acolhedor nos momentos de tristeza e desânimo, pelo coração repleto de amor para lidar com todos os seres humanos sem preconceitos. Exemplo inspirador. Obrigada hoje e sempre.

À Margarida Mamede, pelas preciosas dicas em minha banca de qualificação e pelos anseios, angústias e sonhos compartilhados.

Ao Professor Alberto Olavo Advíncula Reis, pelas aulas em que meus olhos refletiam o esplendor de todo o aprendizado e que possibilitaram o início da concretização da presente pesquisa.

À Luciana Barbosa Musse, pela prontidão em aceitar participar de minha Defesa e pelas valiosas dicas.

Aos meus “chefes” e amigos Francisco Reinaldo e Solange Cristina da Silva, pela compreensão, incentivo e pelo profissionalismo inspirador.

À amiga virginiana e irmã postiça, Grazielle de Castro Carotenuto, pela ajuda e paciência sem as quais toda a logística da minha vida não acadêmica teria ruído.

À amiga Fabiana Vicente de Moraes, pelas conversas iluminadas.

Ao amigo Armando Olivieri, por suas palavras encorajadoras e o abraço nas horas de cansaço e desânimo, mais um virginiano enviado para ajudar-me durante a trajetória do Mestrado.

RESUMO

O presente trabalho foca a questão da implementação da Reforma Psiquiátrica nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, objetivando delinear os limites, desafios e possibilidades da referida Reforma no Estado de São Paulo. O trabalho, do ponto de vista metodológico, partiu da técnica de análise do discurso de entrevistas realizadas com pessoas “chave” no processo de discussão e implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Paulistas, além da revisão de literatura, subsídio a dados estatísticos e pesquisa jurisprudencial. Os principais limites e desafios para a implementação da Reforma Psiquiátrica nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo são comuns a outros Estados da Federação. Em seu funcionamento, os HCTPs apresentam a predominância do aspecto custodial sobre o terapêutico, sendo que a “contenção química” e a física continuam a representar o agir institucional. As principais questões legais envolvidas e questionadas pelos entrevistados referem-se à não aplicação da Lei 10.216/01 na seara das medidas de segurança e a questão da presunção da periculosidade legal, reservada ao considerado louco infrator. A desinstitucionalização, vista como processo complexo, ainda apresenta grandes desafios nas dimensões técnico-assistencial, consistente na ampliação da rede de serviços substitutivos, bem como o acesso da população confinada nos HCTPs a essa rede e na dimensão sócio-cultural, uma vez que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei enfrentam uma tripla exclusão e estigmatização: vistos como loucos e criminosos e apresentando, antes mesmo da internação, um quadro de vulnerabilidade social. O Estado de São Paulo possui a maior população de internos, considerados números absolutos, e em seus três HCTPs criou-se uma espécie de regime de cumprimento de medida de segurança mais ou menos rigorosa, analogicamente ao existente em relação ao cumprimento de pena. Dentro dessa dinâmica, a existência do Programa

de Desinternação Progressiva realizado em Franco da Rocha é indicado como uma possibilidade de aplicação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

O SAIPEMS– Sistema de Atenção Integral às Pessoas em Medida de Segurança – visto como uma forma de implantar, no Estado de São Paulo, um programa semelhante ao PAILI e PAI-PJ, desde 2009, aguarda um encaminhamento por parte dos entes governamentais. A questão do transtorno de personalidade e a possibilidade de responsabilização dos chamados sociopatas merecem estudos mais aprofundados, assim como a questão da mudança do perfil tradicional dos internos dos HCTPs, que são cada vez mais jovens e com questões relacionadas ao uso de drogas. Os Programas exitosos existentes no País que utilizam os paradigmas da Reforma Psiquiátrica no cumprimento das Medidas de Segurança apontam a questão da intersetorialidade como ponto central para o sucesso de tais programas, assim como assinalam o necessário debate para a questão da responsabilização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Palavras-chave: Saúde Mental – Medidas de Segurança – Reforma Psiquiátrica – Periculosidade - Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - Manicômio Judiciário.

ABSTRACT

This paper addresses the issue of implementation of the Psychiatric Reform in Hospitals of forensic psychiatric care, aiming at outlining the boundaries, challenges and possibilities of that reform in the State of São Paulo. The work, the methodological point of view, came from technical analysis of interviews conducted with people "key" in the discussion and implementation of guidelines in Psychiatric Hospitals Reform of forensic psychiatric care Paulistas, besides the literature review, subsidy statistical and jurisprudential research. The main limitations and challenges to the implementation of the Psychiatric Reform in Hospitals forensic psychiatric care in the State of São Paulo are common to other states. In operation, the present HCTPs the prevalence of custodial aspect of the therapy, and the "chemical restraint" and continue to represent the physical act institucional.As main legal issues involved and questioned by the respondents refer to the non-application of Law 10,216 / 01 harvest in security measures and the issue of the presumption of dangerousness cool, reserved for offenders considered insane. The deinstitutionalization process as complex, still presents major challenges in the dimensions and technical assistance, namely the expansion of the network of alternative services, as well as the population's access in confined HCTPs to this network and the socio-cultural dimension, since the people with mental disorders in conflict with the law face a triple exclusion and stigmatization: visitos like madmen and criminals and presenting, even before the hospitalization, a framework of social vulnerability. The State of São Paulo has the mairio among inmates, considered absolute numbers and in its three HCTPs created a kind of compliance regime security measure more or less strict analogy with that in relation to the execution of a sentence. Within this dynamic, the existence of the program be discharged Progressive performed in Franco da Rocha is

mentioned as a possible application of the guidelines of the Psychiatric Reform.

The SAIPEMS-System of Integral Attention to People in Security Measure - seen as a way to deploy, in the State of São Paulo, a program similar to PAILI and PAI-PJ, since 2009, awaiting a referral by the government agencies. The issue of personality disorder and the possibility of accountability called sociopaths deserve further study, as well as the issue of changing the traditional profile of the internal HCTPs, who are increasingly younger and issues related to drug use. The existing successful programs in the country that use the paradigms of Psychiatric Reform in compliance with the security measures point to the issue of intersectionality as a central point for the success of such programs, as well as point out the need to debate the issue of accountability of people with mental disorder in conflict with the law.

Keywords: Mental Health - Safety Measures - Psychiatric Reform - Hazard - Hospitals forensic psychiatric care - forensic hospital.

ÍNDICE

SOBRE A ESCOLHA DO TEMA	14
1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 CRIME, LOUCURA E JUSTIÇA: CONTRADIÇÕES ENTRE LEGISLAÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE.....	18
1.1.1 Crime e Loucura como Questões de Justiça e de Saúde Pública.....	18
1.1.2 O Lócus da Internação: Dos Manicômios Judiciários aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	29
1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS NOVAS PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE	35
1.2.1 Novas Diretrizes para o Cuidado em Saúde Mental: O Despertar do Olhar para a Pessoa com Transtorno Mental	35
1.2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e avanços na Política Pública	41
1.2.3 Hospitais de Custódia: Ponto de encontro entre Justiça e Saúde?	56
2 OBJETIVOS.....	63
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	64
3.1 NATUREZA DE PESQUISA.....	64
3.2 SUJEITOS DA PESQUISA.....	64
3.3 TRABALHO DE CAMPO.....	66
3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DAS NARRATIVAS.....	67
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	70
4 DA ANÁLISE DOS DISCURSOS	71
4.1 SOBRE OS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO, SUAS CARACTERÍSTICAS E SUA COMPLEXIDADE..	71

4.2 DA HEGEMONIA DO MODELO JURÍDICO INSTITUCIONAL NOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: SÃO PAULO COMO CASO REPRESENTATIVO DA REALIDADE BRASILEIRA.	78
4.2.1 A lógica carcerária na organização e funcionamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.	78
4.2.2 Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como não lugar de tratamento em saúde.....	96
4.2.2.1 <i>Entre a contenção física e a contenção química.</i> ..	96
4.2.2.2 <i>Da não vinculação ao Sistema Único de Saúde.</i> ..	101
4.3 SOBRE A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA, LEI 10.216/01, E SUAS CONTROVÉRSIAS.....	111
4.3.1. Sobre a aplicação, ou não aplicação, da Lei 10.216/01 às medidas de segurança.....	111
4.3.2 Da não aplicação da Lei 10.216/01 pela Justiça Paulista.	123
4.4 SOBRE O CRITÉRIO LEGAL COMO CRITÉRIO EM SAÚDE.....	132
4.4.1. Acerca da (i) lógica do critério legal para determinação da medida de segurança: Absolvidos, mas condenados.	132
4.4.2. Os prazos mínimo e máximo da medida de segurança: as vulnerabilidades de ser “louco infrator”.	141
4.5 SOBRE O LAUDO DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE E SUAS CONTROVÉRSIAS.	149
4.5.1 – A definição de periculosidade como problema complexo: interfaces entre Ciência, Moral e Justiça.	149
4.5.2 Psiquiatria Forense e Justiça Penal: a questão dos poderes postos e contrapostos.	165
4.6 – A ADMINISTRAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: SECRETARIA DE SAÚDE <i>VERSUS</i> SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA.....	177

4.6.1 - Da histórica controvérsia sobre a Administração dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos Paulistas	177
4.6.2 – Sobre o SAPEMS – Sistema de Atenção Integral às Pessoas em Medida de Segurança.	188
4.7 – SOBRE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO PROCESSO COMPLEXO.....	196
4.7.1 – Os Serviços Substitutivos: a Dimensão Técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica.	196
4.7.2 – O papel da família e a nova “condenação” da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei: a transinstitucionalização.	207
4.7.3 – Da complexidade entre diagnóstico e criminalidade: os transtornos de personalidade, de preferência sexual e abuso de álcool e outras drogas.	216
4.7.4 – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Taubaté: Penitenciária Hospitalar.	228
4.7.5 – O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha e o Programa de Desinternação Progressiva.....	234
4.7.6 – Sobre a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica: os “Manicômios Mentais”.	246
4.8 – A INTERSETORIALIDADE COMO ALTERNATIVA VIÁVEL NO CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA.....	252
5. DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS À ABERTURA DE QUESTÕES.....	264
6 REFERÊNCIAS.....	276
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	294
ANEXO II : ROTEIRO TEMÁTICO	297
CURRÍCULO LATTES.....	299

LISTA DE SIGLAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CDP – Centro de Detenção Provisória
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CP – Código Penal
CPP – Código de Processo Penal
CRM – Conselho Regional de Medicina
HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
LEP – Lei de Execução Penal
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
PAI – PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PCC - Primeiro Comando da Capital
PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação dos
Serviços Hospitalares
PRH – Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica
Hospitalar
RDD – Regime Disciplinar Diferenciado
SAIPEMS – Sistema de Atenção Integral ao Paciente em Medida
de Segurança.
SAP – Secretaria de Administração Penitenciária
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
STF – Supremo Tribunal Federal
STJ – Superior Tribunal de Justiça
SUS – Sistema Único de Saúde
UES – Unidade Experimental de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Quadro 01 – Funcionários Públicos na Ativa segundo categorias profissionais da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, período 2008 a 2012.	80
Gráfico 01 - Indicador de Cobertura CAPS/100.000 hab, segundo Unidade da Federação.	201
Gráfico 02 - Número total de internos nos HCTPs, por UF.	202
Gráfico 03 - Número de mulheres internadas nos HCTPs, por UF.	203
Gráfico 04 - População dos HCTPs de São Paulo, segundo tempo de internação.	206
Gráfico 05 - Distribuição da População dos HCTPs do Estado de São Paulo, segundo o diagnóstico.	217
Gráfico 06 - Número de internos nos HCTPs de São Paulo e demais Estados da Federação, em relação a diagnósticos de transtorno de personalidade, da preferência sexual e por álcool e outras drogas.	218
Gráfico 07 - População dos HCTPs de São Paulo, segundo a faixa etária.	221

SOBRE A ESCOLHA DO TEMA

A leitura do livro de Michel Foucault *“Eu, Pierre Riviere, que Degolei minha Mãe, Minha Irmã e meu Irmão”*, quando ainda cursava a Faculdade de História na Universidade de Campinas foi extremamente impactante em minha vida.

O livro retrata a história real de um jovem camponês francês que, em 1835, mata a mãe grávida, a irmã adolescente e seu irmão mais novo com sete anos a golpes de foice. Preso, escreve longo depoimento sobre as razões de seu ato. Condenado à morte, trava-se acirrada polêmica entre psiquiatras e juristas e a repressão judiciária é suspensa pelo diagnóstico médico: o jovem é considerado louco e sua pena é comutada em prisão perpétua. Meses mais tarde, enforca-se em sua cela.

A história do jovem é recontada a partir das peças de seu processo, fazendo-se uma análise sobre os aspectos jurídicos e da loucura e sua relação com a Psiquiatria.

Nasce o meu interesse pelo Direito e pelo tema da “loucura” e suas interfaces com o mundo jurídico.

Antes de concluir o curso de História, ingressei na Faculdade de Direito e como profissional passei a atuar como advogada criminal, o que me possibilitou o contato com pessoas com transtorno mental que haviam cometido delitos.

O contato com a realidade do cárcere, o abandono, a solidão, o sofrimento em que se encontravam essas pessoas geraram ainda maior interesse pela problemática do Direito, Loucura e Prisão.

Com a aprovação da Lei 10.216/01, da Reforma Psiquiátrica, como advogada passei a defender a sua aplicação nas medidas de segurança dentro dos processos em que atuava e a interessar-me sobre a temática da Reforma Psiquiátrica, lastreando a convicção de que as reconhecidas deficiências do sistema prisional agravam-se nos Manicômios

Judiciários, fazendo dessas instituições, o que entendo ser a pior das prisões e o pior dos hospícios, dada a suas peculiaridades.

Já na década passada, a leitura do artigo de Margarida Mamede “Manicômio de Franco da Rocha: Clínica e Ética” despertou-me o interesse em pesquisar mulheres com transtorno mental em conflito com a lei.

Além do referido artigo, um documento relativo ao Parecer do Ministério Público Federal sobre a temática das Medidas de Segurança e a lei 10.216/01 reforçou a relevância do tema para a área do Direito, apontando a necessidade de um aprofundamento da interface Saúde Pública e Justiça.

Diante disso, passei a ser aluna especial da Faculdade de Saúde Pública e, nas aulas do Professor Alberto Olavo Advíncula Reis, selei o meu “desejo” acadêmico pela temática, com a vontade de “dar voz” a essa população invisível, em nível dos trabalhos acadêmicos.

Ingressei no curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo no ano de 2010, apresentando para esse ingresso a proposta de um projeto de pesquisa relacionado ao estudo sobre as mulheres internadas nos HCTPs do Estado de São Paulo, tendo em vista as interfaces Saúde e Justiça, na perspectiva das propostas da Reforma Psiquiátrica e considerando as questões de gênero, na medida em que a mesma coloca as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei como sujeitos de direitos e as questões da iniquidade de gênero apresentam-se como relevantes em nível das políticas públicas para as mulheres.

Devido à informação recebida sobre a demora para a necessária aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, além do Comitê da referida Faculdade, não pude ouvir e dar voz às mulheres internadas nos HCTPs, nesse momento, uma vez que o tempo de Mestrado se circunscreve a 30 meses.

Ao redimensionar minha proposta de projeto de pesquisa de Mestrado mantive-me fiel à temática, considerando alguns aspectos que

problematizavam a questão das relações Justiça e Saúde, em relação ao denominado “louco infrator”.

O Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário de 2002, reconhece a população confinada nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como uma clientela sob responsabilidade, ao lado da Justiça, também da área da saúde.

O Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico realizado em 2002 estabeleceu diretrizes que iniciaram uma nova etapa na Reforma Psiquiátrica e apontou a necessidade de formulação de novos paradigmas jurídicos, além de novos paradigmas assistenciais no cuidado ao “louco infrator”, constando entre os seus objetivos, a discussão sobre formas de integração dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico às diretrizes gerais da Reforma Psiquiátrica e da lei 10.216/01.

O I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental (2009) reafirmou a necessidade de entrelaçamento entre os campos da Justiça e da Saúde, além de reforçar como imperativo à implementação dos ditames da lei 10.216/01, da Reforma Psiquiátrica.

Tendo em vista, por um lado, tal problematização dos Hospitais de Custódia e das relações Saúde e Justiça encontraram-se na ordem do dia, a partir dos anos 2000, assim como a existência de Estados como Minas Gerais e Goiás, que possuem programas exitosos no encaminhamento do “louco infrator”, a partir dessa década, e considerando, por outro lado, que no caso de São Paulo, ocorriam críticas à forma do enfrentamento à questão do combate às drogas e da política do encarceramento dos jovens infratores com transtorno mental, práticas essas reveladoras das dificuldades e desafios para as relações Justiça e Saúde no tratamento de problemas complexos de interfaces institucionais, envolvendo diretamente ou indiretamente os Hospitais de Custódia é que identificamos na presente pesquisa a sua problemática social e sua relevância acadêmica.

Diante de tais considerações, partimos, na presente investigação, de dois pressupostos considerados básicos: primeiro, o fato de que as atuais

práticas institucionais não dão conta do que se denomina como a problemática do chamado “louco infrator”, uma vez que as mesmas não atendem à realidade e às necessidades desses indivíduos, que não obedecem a fronteiras institucionais estritas. Segundo, o de que os desafios colocados a tais práticas encontram-se respostas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que permitiria, em tese, repensar as práticas no campo da saúde mental, mas pensar nas necessárias práticas interinstitucionais e intersetoriais, vistas como essenciais para o trato das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, como sujeito de direitos.

A partir de tais pressupostos, formulamos nossa pergunta de partida que direcionou o eixo central de nossa investigação, qual seja: como enfrentar os limites, desafios e possibilidades para a redefinição de novas competências que possibilitem a implementação de processos que viabilizem que os atuais HCTPs se constituírem e se caracterizarem como espaços que contemplem, além do aspecto prisional, o cuidado em saúde, tendo em vista que o problema da relação crime e loucura se apresenta como questão complexa envolvendo estreitas relações de interface entre Justiça e Saúde Pública.

Tendo em vista a lacuna de literatura especializada em relação a essa problemática por nós colocada, consideramos relevante, em termos metodológicos, darmos voz a informantes-chave, envolvidos diretamente na discussão da Reforma Psiquiátrica em relação aos Hospitais de Custódia, assim como profissionais que atuam diretamente no cumprimento das medidas de segurança de internação, centrando a discussão no caso dos limites, possibilidades e desafios para implementação da Reforma Psiquiátrica nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de São Paulo, a partir da qual buscamos realizar a tessitura das relações Justiça, Cidadania e Saúde e sua relevância para o descortinar de novos caminhos e aberturas de novas questões relativas, dando visibilidade não somente às diferentes ordens de questões presentes na problemática, mas tornar visíveis igualmente das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, como sujeitos de direito.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CRIME, LOUCURA E JUSTIÇA: CONTRADIÇÕES ENTRE LEGISLAÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE.

1.1.1 Crime e Loucura como Questões de Justiça e de Saúde Pública

A legislação penal brasileira impõe atualmente, aos indivíduos que cometeram delitos, dois tipos de encaminhamento: a pena vista como sanção e a medida de segurança, encarada como um meio de defesa social, ao absolver as pessoas com transtorno mental que cometeram delitos, por serem incapazes de entender o caráter ilícito do fato ao tempo da ação ou da omissão delituosa e submetê-los a um tratamento compulsório. Sob esse aspecto de tratamento forçado, a medida de segurança também expõe sua face de sanção estatal.

A pena pode ser definida como a retribuição coercitiva estatal diante da prática de fato delituoso, incidindo sobre determinados bens jurídicos determinados por lei, o principal deles, a liberdade do indivíduo, quando se trata da pena privativa de liberdade. A pena, em tese, visa à readaptação do indivíduo ao convívio social e à prevenção em relação à prática de novos delitos.

A pena é aplicada aos indivíduos considerados imputáveis, ou seja, a aqueles que possuem plena capacidade de entender o fato como ilícito e agir de acordo com este entendimento, sendo maiores de 18 (dezoito) anos e que cometeram fatos tipificados pela lei como crimes ou contravenções penais.

Segundo o artigo 32 do Código Penal Brasileiro, há três espécies de penas previstas: pena privativa de liberdade, restritivas de direitos e multa.

As penas privativas de liberdade podem ser de reclusão ou de detenção, sendo que as de reclusão são impostas aos tipos penais considerados mais graves pelo legislador e o que as diferencia é que a pena de reclusão deve ser cumprida em regime fechado, semiaberto ou aberto. A de detenção, em regime semiaberto, ou aberto, segundo o artigo 33 do Código Penal Brasileiro.

Portanto, temos três regimes de cumprimento de pena impostos pela legislação:

- a) regime fechado, onde a execução da pena se dá em estabelecimento de segurança máxima ou média;
- b) regime semiaberto, onde a execução da pena se dá em colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar;
- c) regime aberto, onde a execução da pena se dá em casa de albergado ou estabelecimento adequado.

Inicialmente, a escolha, pelo juiz, do regime de cumprimento de pena dar-se-á pela quantidade de pena aplicada seguindo os padrões fixados no artigo 33, §2º do já citado Código Penal:

- a) o condenado à pena superior a 8 (oito) anos deverá começar a cumpri-la em regime fechado;
- b) o condenado não reincidente, cuja pena seja superior a 4 (quatro) anos e não exceda a 8 (oito), poderá, desde o princípio, cumpri-la em regime semiaberto;
- c) o condenado não reincidente, cuja pena seja igual ou inferior a 4 (quatro) anos, poderá, desde o início, cumpri-la em regime aberto.

O juiz também deve observar para a determinação do regime inicial de cumprimento da pena os critérios previstos no artigo 59 do Código Penal, chamados de circunstâncias judiciais, quais sejam: culpabilidade, antecedentes, conduta social, personalidade do agente, motivos,

circunstâncias e consequências do crime, bem como ao comportamento da vítima.

Ainda de acordo com o artigo acima citado, a pena visa à reprovação e a prevenção do crime tendo, assim, dupla finalidade: possui um aspecto de *retribuição* ou de *castigo* pelo mal praticado proporcional à gravidade do crime e visa também a promover prevenção geral e especial contra o crime, ou seja, ser um desestímulo de todos da prática de crime e busca que o indivíduo encarcerado não volte a delinquir, através de sua recuperação e reinserção social.

A pena, como mencionado acima, é aplicada somente aos considerados responsáveis legalmente, os imputáveis; já a medida de segurança é aplicada aos semi-imputáveis ou inimputáveis, sendo adotada pelo Código Penal de 1940 em sua Reforma ocorrida em 1984, como sanção alternativa.

A imputabilidade é definida como a capacidade de entendimento psíquico do caráter ilícito do comportamento delituoso, de acordo com o que prevê o artigo 26, *caput*, do Código Penal Brasileiro: “É isento de pena o agente que, por doença mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

O indivíduo para ser considerado inimputável deve, na terminologia legal, por doença mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, ser inteiramente incapaz na sua capacidade de entendimento do caráter ilícito em relação à sua conduta criminosa.

Já o semi-imputável, segundo o parágrafo único do mesmo artigo 26, pode ter sua pena reduzida de um a dois terços, “se o agente, em virtude da perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

Adotou-se o chamado critério biopsicológico, segundo o qual, deva ocorrer a comprovação da existência do nexo de causalidade entre o

delito praticado e a situação de sofrimento mental, ou seja, ou seja, que este sofrimento mental tenha privado completamente, ou parcialmente, o agente da capacidade de entender a ilicitude de sua conduta criminosa.

Diante da dogmática penal, cabe ao perito psiquiatra determinar a capacidade de discernimento do indivíduo no seu poder de vontade ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ao tempo do cometimento do crime.

Ressalte-se que compete ao juiz decidir pela imputabilidade ou inimputabilidade do acusado, que não fica vinculado ao laudo pericial apresentado. Entretanto, a rejeição ao laudo apresentado torna-se difícil, uma vez que o juiz fica limitado tecnicamente para decidir de forma contrária.

Assim, ao final do processo, considerando o juiz que o agente, no momento em que praticou o fato, era inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato cometido, declara-o inimputável, decreta-lhe a absolvição e, em consequência, aplica-lhe a medida de segurança.

O conceito de Medida de Segurança, segundo a maior parte dos juristas, é de sanção penal aplicada aos inimputáveis ou semi-imputáveis, visando prevenir a prática de novos delitos e a conferir tratamento curativo, delineando a sua dupla finalidade legal, a partir do conceito de “periculosidade”. Nesse mesmo sentido é o entendimento do Supremo Tribunal Federal¹.

Há aqueles que defendam que a medida de segurança apresenta caráter exclusivamente terapêutico, sendo seu traço distintivo da pena. Nesse caso, a medida de segurança constitui uma sanção alternativa à pena.

Jacobina (2008, p. 133) nos interroga: “a medida de segurança é sanção penal ou tratamento terapêutico? Não há uma resposta clara para

---

¹ STF: HC 84.078-MG, DJe 26/2/2010; HC 98.166-MG, DJe 18/6/2009; HC 90.226-SP, DJe 14/5/2009; do STJ: HC 103.429-SP, DJe 23/3/2009, e HC 148.976-PR, DJe 28/6/2010. HC 226.014-SP, Rel.Min. Laurita Vaz, julgado em 19/4/2012. STF: HC 84.078-MG, DJe 26/2/2010; HC 98.166-MG, DJe 18/6/2009; HC 90.226-SP, DJe 14/5/2009; do STJ: HC 103.429-SP, DJe 23/3/2009, e HC 148.976-PR, DJe 28/6/2010. HC 226.014-SP, Rel.Min. Laurita Vaz, julgado em 19/4/2012.

essa pergunta, nem no plano filosófico, nem no plano doutrinário, nem no plano legal, a essa altura do nosso Direito”.

Na regra esculpida no artigo 96 do Código Penal, a Medida de Segurança pode ser cumprida em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em regime de internação ou tratamento ambulatorial. As primeiras constituem a modalidade *detentiva*. A segunda, tratamento ambulatorial, é medida de segurança *restritiva*.

Ainda temos a medida de segurança substitutiva, aplicada aos semi-imputáveis, prescrição trazida pelo artigo 98 do Código Penal, que estabelece que a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, se o condenado necessitar de especial tratamento curativo.

A lei 12.403/11 trouxe uma nova modalidade de medida de segurança: a medida de segurança cautelar ou provisória. A nova redação dada ao artigo 319, inciso VII, do Código de Processo Penal, estabelece a internação provisória do acusado nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, como medida cautelar, quando os peritos concluírem ser inimputável ou semi-imputável e houver risco de reiteração.

Na dogmática processual penal, diante do chamado princípio da presunção de inocência, que está previsto expressamente no artigo 5º, inciso LVII, da Constituição Federal, e que estabelece que “ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado da sentença penal condenatória”, a regra é a de que um indivíduo só poderá ser encaminhado à prisão ou sofrer qualquer tipo de sanção, após a conclusão em definitivo de seu processo, ou seja, quando não couberem mais recursos da sentença condenatória.

Há, entretanto, a possibilidade de prisão provisória antes da conclusão em definitivo do processo, ou a imposição das chamadas medidas cautelares, sendo as últimas, inovação da lei 12.403/11, para assegurar a aplicação da lei penal ou a eficácia do processo penal ou da investigação ou para evitar novas infrações penais.

No tocante à medida cautelar de internação deve-se ter o preenchimento dos seguintes requisitos: crimes praticados mediante violência ou grave ameaça, conclusão do perito psiquiatra sobre a imputabilidade ou semi-imputabilidade do indivíduo que cometeu o delito e o risco de reiteração da uma nova conduta delitiva.

Sobre a inovação legislativa quase não há bibliografia específica sobre o tema da medida cautelar de internação, mas podemos apontar alguns aspectos polêmicos sobre a mudança legal.

Em primeiro lugar, a internação provisória só poderá ser decretada em casos de crimes considerados mais graves pelo legislador, cometidos mediante violência ou grave ameaça, como os casos de roubo e homicídio. Em segundo, o juiz deverá analisar o risco de reiteração da conduta delitiva por parte do indivíduo, lastreando sua decisão em dados concretos que possam evidenciar nova prática criminosa. Além disso, deve haver o laudo de insanidade mental do indivíduo que cometeu o delito, atestando sua imputabilidade ou semi-imputabilidade.

Embora o prazo legal para elaboração do laudo de insanidade mental do acusado seja de 45 (quarenta e cinco) dias, situação comum é a demora para a sua elaboração em até 7(sete) a 8(oito) meses. Portanto, na prática, dificilmente a internação provisória será aplicada imediatamente após a prática delituosa, podendo continuar a ocorrer à prisão dos indivíduos que aguardam o laudo de insanidade mental em estabelecimentos prisionais comuns.

Diante da nova redação legislativa, podemos afirmar que a internação provisória ocorrida antes da conclusão pericial pela imputabilidade ou semi-imputabilidade do acusado será ilegal, uma vez que tal exame é exigência legal para a decretação da internação como medida cautelar.

Ainda podemos verificar que a nova legislação admite uma nova interpretação para os crimes de média potencialidade lesiva ou que comportem substituição da pena privativa de liberdade por restritiva de direitos, pois vincula a internação somente aos casos de crimes cometidos

mediante violência ou grave ameaça, assim não caberia mais a medida de segurança de internação, mas apenas o tratamento ambulatorial aos agentes que cometeram delitos sem violência ou grave ameaça, independentemente da periculosidade do agente.

Segundo a norma do artigo 97, “*caput*”, do CP, estão sujeitas à medida de segurança de internação, as pessoas que praticaram um fato havido como crime apenado abstratamente com “reclusão”, restando-lhes somente a internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outros estabelecimentos dotados de características hospitalares, que ainda podemos nomear de Manicômios Judiciários, já que a alteração nominal não trouxe consequências materiais (Jacobina, 2008). Aos crimes apenados, em abstrato, com “detenção”, cabe ao juiz a escolha entre internação e tratamento ambulatorial.

Cumprido salientar que, em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos (artigo 97, §4º, do Código Penal). O contrário não é previsto.

Assim, tratando-se de inimputável, a definição da medida da segurança cabível ocorre, em um primeiro momento, considerado o aspecto objetivo – a natureza da pena privativa de liberdade prevista para o tipo penal. Se for o de reclusão, impõe-se a internação. Somente na hipótese de detenção é que fica a critério do juiz a determinação, ou não, da medida menos gravosa, a de tratamento ambulatorial. A razão de ser está na gravidade da figura penal na qual o inimputável incide. O que é um contrassenso, se relacionado com a finalidade terapêutica da medida de segurança.

Aqui merece a consideração de que, no caso de indivíduos considerados imputáveis, no caso de crime apenado com detenção, o regime inicial de cumprimento de pena será o regime aberto ou o semiaberto e não o regime fechado. Sendo inimputável, ficará a cargo de o juiz optar entre internação ou tratamento ambulatorial.

Ainda temos que o imputável apenado a uma pena de reclusão, poderá contar com a progressão de pena, conforme o artigo 112, LEP, quando o preso tiver cumprido ao menos um sexto da pena no regime anterior e ostentar bom comportamento carcerário. Conta também com a remição da pena, prevista no artigo 126, LEP, podendo, remir, por trabalho ou por estudo, parte do tempo de execução da pena. Ainda contam com a conversão da pena privativa de liberdade em pena restritiva de direitos, conforme artigo 44, CP, quando a pena não ultrapassar o patamar de 4 anos e não sendo o crime cometido mediante violência e grave ameaça. Nada disso pode ser aplicado ao indivíduo inimputável, uma vez que tais institutos referem-se ao cumprimento de pena e não de medida de segurança.

Em relação aos institutos penais, também há a detração penal, regra esculpida no artigo 42 do CP, que estabelece o desconto do tempo de prisão ou internação provisória para fins do cumprimento do prazo mínimo de 1 a 3 anos estabelecido na sentença, desde que haja o laudo de cessação de periculosidade.

O conceito de periculosidade social será reservado apenas às pessoas com transtornos mentais, pois, tais sujeitos não serão considerados como responsáveis pelo seu ato, mas serão considerados como socialmente perigosos (COHEN, 1999).

E mesmo que haja o laudo de cessação de periculosidade e a consequente desinternação do indivíduo ou a chamada liberação, no caso de submissão a tratamento ambulatorial, essas serão condicionadas ao prazo de um ano, período em que o indivíduo poderá voltar à internação ou tratamento ambulatorial, se praticar fato indicativo de persistência de sua periculosidade. É a regra prevista no artigo 97, §3º, CP.

Em relação ao prazo de duração da medida de segurança é por tempo indeterminado, perdurando enquanto não houver laudo de cessação de periculosidade, emitido por perícia médica. O prazo mínimo é fixado na sentença pelo juiz entre 1 a 3 anos (art. 97, parágrafo 1º, do CP).

Segundo a lógica da legislação penal, o indivíduo com transtorno mental é absolvido, dentro da perspectiva que devem ser tratadas e não

punidas, mas submetidas às Medidas de Segurança, fundada na sua periculosidade do indivíduo, sendo o crime o sintoma desse estado perigoso. Como não é possível ter certeza sobre a duração desse "estado de perigo", a medida de segurança tem duração indeterminada, e, nesse sentido, caracteriza-se como preventiva voltada à neutralização profilática ou recuperação do indivíduo (PERES, 2002).

Aqui se delineiam duas questões relevantes para reflexão.

A primeira revela que a Medida de Segurança tem mesmo caráter de sanção, pois mesmo que o indivíduo apresente estabilidade de seu quadro clínico, cessando a sua suposta periculosidade antes do prazo fixado na sentença, ele deverá continuar a ser submetido à internação ou tratamento ambulatorial, se assim for fixado na sentença judicial. O que prevalece não é a perspectiva terapêutica, mas sim o caráter aflitivo, de pena.

A segunda é a indeterminação do tempo de duração da medida de segurança, que acaba por vezes levando às pessoas com transtorno mental, que cometeram delitos, a internações extremamente prolongadas, uma vez que há vinculação ao Laudo de Cessação de Periculosidade.

A Exposição de Motivos do Código Penal, em sua reformulação ocorrida em 1984, narra a intenção legislativa de forma clara, ao declarar que “a medida de segurança, de caráter meramente preventivo e assistencial, ficará reservada aos inimputáveis. Isso, em resumo, significa: culpabilidade – pena; periculosidade – medida de segurança”.

Na sistemática anterior, de 1940, era possível ao réu imputável a aplicação de pena e medida de segurança, o chamado sistema do duplo binário, algo extinto pela Reforma de 1984 com a seguinte justificativa: “Ao réu perigoso e culpável não há razão para aplicar o que tem sido, na prática, uma fração de pena eufemisticamente denominada medida de segurança”.

Portanto, o legislador já reconhece que a “medida de segurança” era “pena, quando aplicada ao imputável”. O que continua acontecendo em nosso cenário contemporâneo em relação aos inimputáveis. Urge, portanto, a sua extinção.

Interessante notarmos que o legislador ao nomear o instituto jurídico denominou-lhe “medida de segurança”, pois visa garantir a proteção tanto da sociedade, como a segurança do próprio indivíduo com transtorno mental. É controversa a posição adotada pela dogmática jurídico-penal e seu discurso de defesa (ou proteção) social.

Ao mesmo tempo, o legislador atrela o cumprimento da medida de segurança em “instituição dotada de características hospitalares” com finalidade “curativa” e de “tratamento”, onde a principal preocupação deveria ser o cuidado com a saúde daquele indivíduo.

Está instalado assim, diante da legislação penal, um paradoxo: segurança e hospital, Justiça e Saúde, ou melhor, Direito Penal Punitivo *versus* Tratamento Terapêutico.

Foucault, ao discorrer sobre a relação crime e loucura, no século XVIII, nos remete a uma afirmação que ainda é válida:

A estada entre os insensatos, a que se condena o criminoso, não é indício de que o inocentam; é sempre, em todo caso, um favor. Isto significa que o reconhecimento da loucura, ainda que estabelecida no decorrer do processo, não faz parte do julgamento: ela se superpõe a este, modifica suas consequências, sem tocar no essencial. O sentido do crime, sua gravidade, o valor absoluto do gesto, tudo isso permanece intacto; a loucura, mesmo reconhecida pelos médicos, não remonta ao centro do ato para “irrealizá-lo” (FOUCAULT, 2010a, p.448).

A ineficiência do tratamento psiquiátrico asilar é cada vez mais evidente e reconhecida, mesmo quando realizado em condições satisfatórias, uma vez que o próprio pressuposto da intervenção médica – a segregação do doente – não possibilita a cura e a ressocialização do indivíduo. Antes disso, o que se obtém, não raro, é a cronificação da doença, que passa a legitimar a continuidade da segregação.

Se a medida asilar já é questionada por seu caráter segregatório e comprovadamente ineficiente, quando consideramos a segregação vinculada a periculosidade e punição, temos um quadro desolador e arbitrário.

Dessa forma, as características que circunscrevem a realidade dos Hospitais de Custódia revelam influências tanto de um pensamento carcerário, quanto de um tratamento asilar às pessoas com transtorno mental.

Carrara (1998) afirma que os Manicômios Judiciários abarcam a existência de duas definições diferentes e, em certo nível, contraditórias, a respeito de um mesmo espaço social, o *hospício-prisão*. A existência dessas duas definições e de sua articulação problemática se revelava ao menos em dois planos: no plano legal e no institucional.

Há, portanto, uma tensão que é expressa na própria constituição dessas instituições que, simultaneamente, cumprem papéis relacionados às questões do Direito Penal e da Saúde Mental no modelo manicomial.

Desse modo, não podemos pensar na questão da relação “Loucura e Crime” apenas como uma questão da Justiça, mas também como uma questão de Saúde Pública, o que nos assinala a necessidade de considerarmos uma intersectorialidade e interinstitucionalidade entre os dois campos, o que se constituiu um dos maiores desafios atuais para a questão das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos.

Apesar dos avanços legislativos, em nível federal, em especial, no Estado de São Paulo, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, embora intitulados como ‘hospitais’, não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim na estrutura do sistema prisional, administrados ainda pela Secretaria de Administração Penitenciária, revelando, mais uma vez, a contradição de uma instituição criada para tratar os ditos *loucos criminosos*, figurando no rol das instituições penitenciárias.

A garantia legislativa dos direitos dos indivíduos internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é, sem dúvida, um passo fundamental. Permanece, no entanto, o desafio da implantação de Políticas Públicas que dialoguem com setores da Justiça e da Saúde, principalmente no fortalecimento da rede de atenção extrahospitalar e da capacitação dos profissionais da saúde e da justiça para o redirecionamento da assistência às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

1.1.2 O Lócus da Internação: Dos Manicômios Judiciários aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Em relação ao local onde o indivíduo deve cumprir a medida de segurança, o artigo 99, do Código Penal, traz como direito do internado que o mesmo será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento. Portanto, por força da interpretação de tal artigo, os estabelecimentos destinados ao cumprimento da medida de segurança são considerados hospitalares.

Frise-se que a Lei de Execução Penal estabelece que o tratamento ambulatorial também seja prestado nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou em outro local de dependência médica, conforme artigos 99 e 101 da citada lei.

Faremos uma breve exposição histórica sobre o surgimento dos Manicômios Judiciários e dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo, demonstrando que tais locais não foram historicamente pensados para a garantia dos direitos dos internos, tampouco se destinam ao tratamento de saúde desses pacientes.

Na segunda metade do século XIX, funda-se, quase que concomitantemente, o Hospício Dom Pedro II na cidade do Rio de Janeiro e o Asilo Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo, locais baseados em uma Psiquiatria produto da teoria da degeneração e de concepções organicistas sobre a loucura, típicas daquele momento histórico. Representavam, na concepção de seus contemporâneos, a chegada do progresso e da civilização e a superação de um problema social, ao segregar os “indesejáveis”, sejam homossexuais, mulheres com desvios de conduta, vadios, loucos agitados da população “normal e civilizada” (CUNHA, 1986).

Em 14 de maio de 1852, surge o primeiro hospício, o “Asilo provisório de alienados da Cidade de São Paulo”, na Av. São João, quase

esquina com Av. Ipiranga. Com dez meses de funcionamento há a primeira rebelião, quando, então, adotam a colocação de grades e janelas.

Em São Paulo, o Hospital de Alienados também chamado, *a posteriori*, de Hospício Velho, situado na Praça da República, será cenário de superlotação, violência para contenção dos internos e total falta de condições de higiene e segurança.

Diante de tal quadro, o governo paulista decide, em 1862, transferir o Hospício para um novo prédio situado na Rua Tabatinguera, Parque do Carmo, atual Parque Dom Pedro, lugar onde os problemas acima apontados persistem e que continua a representar um local de assistência social e de exclusão, voltado para a pobreza urbana, onde os indesejados devem ser contidos e “escondidos”; os médicos ainda não estavam presentes nessa instituição.

Em 1894, o Hospício de São Paulo passa a contar, além de dois médicos gerais, com seu primeiro alienista, Dr. Francisco Franco da Rocha, o “Pinel Brasileiro”, que dois anos depois se tornará o primeiro diretor clínico do Hospício de Alienados. O Hospício passa a ser um espaço comandado pelo saber especializado médico.

Franco da Rocha defendia a construção de um espaço localizado fora da zona urbana, onde haveria a seleção dos ingressantes e tratamento dos casos agudos. Também haveria colônias agrícolas anexas onde se pudesse praticar a laborterapia, técnica destinada aos “incuráveis” ou já cronificados.

O discurso “científico” de Franco da Rocha confere legitimidade à exclusão dos indivíduos, ao justificar, através do discurso médico, a reclusão como algo a favor do “louco”, prometendo transformar o seu novo hospício em uma instituição exemplar na qual, através do trabalho, se obtenha disciplina, a moralidade e o rebaixamento dos gastos públicos com os loucos “inúteis” (CUNHA, 1986).

Abrangendo todos esses objetivos, a ideia do Juquery é aceita imediatamente pelo Poder Público, que inicia sua construção em 1895. Gradativamente outras áreas foram adquiridas com o mesmo desígnio. Em

1898, instala-se a colônia agrícola, em 1903, a instalação dos pavilhões femininos, em 1921 é criado um pavilhão específico para alcoólatras e toxicômanos e em 1922 é construído um pavilhão para “menores anormais”, ano em que também é posto em funcionamento o primeiro laboratório histoquímico destinado ao estudo da patologia cerebral da loucura.

Finalmente, em 1927, inicia-se a construção do Manicômio Judiciário, que será inaugurado em 31 de dezembro de 1933, atendendo aos reclamos dos médicos e diretores sobre a inconveniência, para a disciplina interna, do convívio entre criminosos e os demais.

Ressalte-se que a construção dos Manicômios Judiciários foi uma imposição do Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, o qual estabelecia em seu artigo 1º. :

O Manicômio Judiciário é uma dependência da Assistência a Alienados no Distrito Federal, destinada à internação:

I Dos condenados que se achando recolhidos às prisões federais, apresentam sintomas de loucura.

II Dos acusados que pela mesma razão devam ser submetidos à observação especial ou tratamento.

III Dos delinquentes isentos de responsabilidades por motivo de afecção mental (código penal, art. 29) quando a critério do juiz assim o exija a segurança pública.

Tal Decreto estabeleceu normas para a internação dos "alienados", sendo que o seu artigo 10 previa: "é proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos". E o artigo 11 deixava explícito que os alienados delinquentes e os condenados alienados, na falta de manicômios deveriam ser asilados em instituição pública, em espaço a eles reservado.

No Estado de São Paulo, como descrito acima, é inaugurado, em 31 de dezembro de 1933, o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. Em 1943 é criada a ala feminina com a finalidade de abrigar mulheres com transtorno mental e que cometeram delitos. Em 1983 o Hospital passou a pertencer à Secretaria da Administração Penitenciária.

A implantação do Manicômio Judiciário representava uma solução para a sociedade que se via agredida pelo delito cometido e, sob

esse aspecto, apresentava-se como instituição prisional, onde o indivíduo, ainda que com transtorno mental, deveria pagar pelo crime cometido (CARRARA, 1998).

Assim, o manicômio judiciário, desde sua origem, representa o lugar social específico para o encontro entre crime e loucura, apresentando uma estrutura predominantemente custodial, onde as grades e as intervenções psiquiátricas revelam a dupla exclusão que sofrem as pessoas com transtorno mental, autoras de delito (CORREIA, LIMA e ALVES, 2007).

Em 1988, aprovou-se o Decreto nº 28.195, de 27 de janeiro de 1988, de São Paulo, que estabeleceu em seu artigo 1º: “O Manicômio Judiciário da Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado, da Secretaria da Justiça, fica transformado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha.”

Em 1989, inicia-se o Projeto de Desinternação Progressiva. O objetivo de tal projeto era iniciar uma abordagem terapêutica aos pacientes longamente institucionalizados, visando à sua reinserção social.

Em 2001, foi concretizada a proposta de ampliação deste Projeto, com a inauguração do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha, cuja inspiração inicial era a da visão de Desinternação Progressiva.

A criação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha ocorreu legalmente, através do Decreto estadual nº 46046, de 23 de agosto de 2001, que estabelecia em seu artigo 2º: O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha é um estabelecimento penal destinado ao cumprimento do tratamento de internos/pacientes inimputáveis dos sexos masculino e feminino portadores de patologias clínicas associadas à doença mental.

Ainda devemos ressaltar que a legislação penal é silente em relação à desinternação progressiva e sua regulamentação legal, no âmbito do Estado de São Paulo, adveio do Poder Judiciário, que reconheceu a importância e possibilidade de aplicação da desinternação progressiva

através da Portaria nº 9, de 09 de junho de 2003, da Vara das Execuções Criminais de São Paulo. A referida portaria estatui:

Artigo 1º - Fica instituída, no âmbito dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de São Paulo, a possibilidade de transferência de paciente, quer do sexo masculino quanto do sexo feminino, submetido à medida de segurança para a Colônia de Desinternação Progressiva.

Além dos dois hospitais situados em Franco da Rocha, temos atualmente um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico na cidade de Taubaté, hoje denominado de “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Arnaldo Amado Ferreira”.

A instalação de um estabelecimento prisional na cidade de Taubaté começou a ganhar contornos a partir de 1911, quando o terreno foi adquirido pela prefeitura e cedido ao governo do Estado, que em 1915 inaugura o Instituto Correcional de Taubaté, o primeiro na região do Vale do Paraíba.

Segundo Monteiro e Oliveira (2005), de 1915 até os dias atuais, foram sete denominações e diferentes funções destinadas ao estabelecimento, que chegou a funcionar como reformatório e escola profissional para menores, além de presídio agrícola:

1915/1934 - Instituto Correcional de Taubaté para Adultos

1934/1935 - Instituto Disciplinar e Escola Profissional para Menores

1935/1938 - Reformatório Profissional para Menores

1939 - Instituto de Menores de Taubaté

1940/1942- Seção Agrícola da Penitenciária do Estado para Adultos

1942 - Inauguração da Casa de Custódia e Tratamento de Taubaté

1942/2002 - Casa de Custódia e Tratamento de Taubaté, sendo que em 1980, acrescenta-se a denominação de “Dr. Arnaldo Amado Ferreira”.

2002 até hoje - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico "Dr. Arnaldo Amado Ferreira", sendo a mudança de denominação ocorrida pela lei 11.169, de 28 de junho de 2002, de São Paulo

A Casa de Custódia e Tratamento de Taubaté, desde sua inauguração, destinava-se ao cumprimento de medidas de segurança aplicadas, segundo o Código de 1940, não só aos “loucos criminosos”, mas também ao encarceramento de presos com “problemas de indisciplina”.

O fato, de o referido local operar, indistintamente, como manicômio e presídio para “indisciplinados”, nunca chegou a gerar oposições no plano formal, justamente em razão da inexistência de disposições legais que regulamentassem a questão disciplinar, pois ainda estávamos sob a égide do Código Penal de 1940, que permitia a aplicação da medida de segurança também aos imputáveis, desde que portadores de *periculosidade* na acepção do Código de 1940 cumulativamente à prisão, o denominado sistema do duplo binário (TEIXEIRA, 2009).

Após a entrada em vigor da Reforma do Código Penal e da LEP, em 1985, essa situação já não encontrava respaldo legal, eis que o sistema de aplicação da medida de segurança era vedado aos imputáveis.

Como imputáveis, agora submetidos somente à pena, e inimputáveis, submetidos às medidas de segurança, não podiam mais conviver no mesmo espaço, a solução foi a edição do indigitado Decreto Paulista nº 23.571, que, em 1985, mesmo ano da entrada em vigor das novas alterações legais do Código Penal, criou um anexo à Casa de Custódia de Taubaté para o envio dos imputáveis, que se popularizaria pelo nome de “Piranhão”, definindo, em seu artigo 2º, que tal anexo era “de presídio de segurança máxima, destinado a receber, em regime fechado, presos condenados do sexo masculino, de alta periculosidade, ou que venham revelando inadaptação ao trabalho reeducativo nos estabelecimentos em que se encontram” (TEIXEIRA, 2009).

Em 2002, a Casa de Custódia e Tratamento passa a ser denominada de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Dr. Arnaldo Amado Ferreira” e como comumente ocorre, a construção do Anexo e as mudanças nominais dos estabelecimentos prisionais, a mudança de denominação não representou uma transformação de paradigmas no tratamento clínico/terapêutico, jurídico e social/familiar dessas pessoas.

O lugar destinado ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o antigo Manicômio Judiciário, é o mesmo. Segundo Peres (2002, p.19), “o louco-criminoso e o seu lugar institucional - o Manicômio Judiciário ou Hospital de Custódia e Tratamento - estão ambos dentro do contexto das políticas criminais, fazendo parte do sistema penitenciário”

A superposição de dois modelos de intervenção social – o jurídico-punitivo e o psiquiátrico-terapêutico – acarreta uma distorção na finalidade terapêutica da Medida de Segurança, o que ocorre desde o surgimento dos Manicômios Judiciais e permanece nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS NOVAS PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE

1.2.1 Novas Diretrizes para o Cuidado em Saúde Mental: O Despertar do Olhar para a Pessoa com Transtorno Mental

Historicamente, a loucura foi percebida de maneiras diversas, de acordo com o contexto da sociedade em que estava inserida, traçando uma trajetória que culmina na exclusão dos loucos da sociedade “sã”. Antes do século XVIII, os loucos não eram internados, compartilhavam o espaço comum da sociedade, não havendo necessidade de expulsá-los ou bani-los do convívio social, visto que pertenciam à diversidade própria do mundo humano (FOUCAULT, 2010a).

Dentro do contexto histórico do final do século XVIII, na França, em 1793, é que Pinel, uma vez nomeado para dirigir o Hospital de Bicêtre, define um novo *status* social para a loucura. Trata-se da apropriação da

loucura pelo saber médico. A partir de então, loucura passa a ser sinônimo de doença mental e, enquanto doença, deveria ser tratada medicamente.

A loucura, ao ser encarada como uma questão médica passa, a partir do século XVII, a ser vista como enfermidade e, portanto, deveria ser tratada em local apropriado: hospitais psiquiátricos. Foi essa visão como doença e com o discurso do saber médico que se autorizou a exclusão social dos loucos, com consequente destituição de seus direitos (BIRMAN, 1992). Além da função curativa dos Hospitais Psiquiátricos, a função de tais Instituições era manter a loucura longe dos olhares da sociedade (FOUCAULT, 2010a).

As ideias de Pinel terminam por reforçar a separação dos loucos dos demais excluídos, a fim de estudá-los e buscar sua cura em asilos, sendo seu objetivo o tratamento moral, com seus ideais de punição, regulação e disciplina (ALVES *et al*, 2009).

A institucionalização da loucura, que tem no Manicômio o seu maior expoente, através de uma cultura asilar, representa a reprodução de uma concepção preconceituosa e totalitária, que discrimina, isola, vigia e tem, na doença, o seu único e absoluto, excluindo a loucura de uma vez do espaço social.

As duas Guerras Mundiais do século XX, com suas experiências nazistas, bombas atômicas e veteranos da guerra, que representam uma nova demanda para a área da saúde, geram, em nível mundial, questionamentos de toda ordem e nos diversos domínios do saber. A Psiquiatria, seus objetivos, saberes e poderes não ficam fora desse contexto.

Em diferentes lugares, começaram a serem ensaiadas diversas tentativas de modificar os hospitais psiquiátricos. O movimento das Comunidades Terapêuticas, no início da década de 1940, na Inglaterra, com as experiências de Main, e em seguida de Maxwell Jones, ao mesmo tempo, que na França, sob a liderança de Tosquelles, inicia-se uma nova dimensão psiquiátrica institucional, a partir de bases psicoanalíticas (BASAGLIA, 2001). Na década de 1960, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos

Estados Unidos, além de questionar as instituições psiquiátricas, adentra no espaço público ao dispor da saúde mental como um novo elemento.

Tais movimentos buscavam melhorias na assistência ao doente mental e nas instituições, não rompendo com o modelo asilar, tampouco propondo um novo modo de enfrentar a “loucura” (ALVES *et al*, 2009).

Também na década de 60 iniciou-se, na Inglaterra, um movimento denominado de Anti-Psiquiatria, com Laing e Cooper. Este movimento questionava a Psiquiatria e a própria doença mental, defendendo a loucura como um fato social e que, portanto, a solução seria a modificação da realidade social e não o tratamento e confinamento da loucura.

Amarante (1998) defende que a emergência da Antipsiquiatria e das experiências italianas constituem-se em rupturas com as propostas até então apresentadas, pois questionam o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados.

Na Itália, na década de 1960, surge o movimento da chamada Psiquiatria Democrática Italiana, que propõe uma nova forma de olhar para a loucura, encarando-a como algo inerente à condição humana, que ultrapassa os saberes psiquiátricos e que diz respeito ao sujeito, à família, à comunidade e demais atores sociais (ALVES *et al*, 2009).

Trata-se de entender, conforme preceitua Basaglia (2001), que a doença não é o elemento determinante da condição do doente mental, mas perceber o doente como sujeito, que deve ser encarado em sua totalidade e complexidade, através de um trabalho interdisciplinar e psicossocial.

Franco Basaglia, na Itália, ao dirigir o Hospital Psiquiátrico de Gorizia, entre 1961 a 1968 e depois, em 1971, o Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, em Trieste, inicia o movimento de desinstitucionalização, onde a instituição psiquiátrica deveria ser negada e superada.

Tal processo culmina com a aprovação da Lei italiana 180 em 13 de maio de 1978, de autoria de Basaglia, que trazia em seu bojo a defesa da reorganização do modelo de intervenção junto às pessoas com transtornos mentais, o fim dos Manicômios e o reconhecimento do *status* de cidadão aos doentes.

Pois é aqui, por trás dos muros dos manicômios, que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência, no sentido em que resolveu negativamente o problema do doente mental, expulsando-o de seu contexto social e excluindo-o, portanto, de sua própria humanidade... Coagido a um espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedades são a regra, o homem, seja qual for seu estado mental, se objetiva gradualmente nas leis do internamento, identificando-se com elas (BASAGLIA, 2001, p.120).

O Manicômio deve ser substituído por serviços e tratamentos alternativos, que visassem à reinserção social do sujeito no pleno exercício de sua cidadania.

Portanto, se a instituição do manicômio revelou caráter profundamente antiterapêutico de suas estruturas, qualquer transformação que não se acompanhe de um trabalho interno que não a coloque em discussão a partir da base torna-se inteiramente superficial e de fachada (BASAGLIA, 2001, p.122).

Além disso, Basaglia defende a necessidade de promover a revisão de valores sobre as práticas manicomiais excludentes dentro da sociedade, desvinculando a loucura dos conceitos preconceituosos de periculosidade, preguiça, incapacidade, dentre outros, gerando uma nova relação entre o doente mental e a sociedade.

Do ponto de vista da chamada Psiquiatria Democrática Italiana, a Psiquiatria constitui uma das Instituições da violência e, assim, deve ser negada (BASAGLIA, 2001) e para isso, faz-se necessário traçar caminhos para a desconstrução dos manicômios e dos saberes psiquiátricos, como forma de luta contra a violência e luta pela transformação dos técnicos, aprisionados e também a uma lógica e a um saber que não deseja uma análise histórica mais aprofundada (BARROS, 1994).

A chamada Reforma Psiquiátrica e sua proposta de desinstitucionalização (e não a mera desospitalização ou desinternação) refletem novas possibilidades de atuação diante da loucura e propõem novos modos de a sociedade relacionar-se com ela.

A noção de desinstitucionalização é destacada por Rotelli (2001) como um projeto que busca a reconstrução da complexidade da loucura, que

passou por processo reducionista e simplificador com os alienistas e o saber psiquiátrico, objetivando desmontar os aparatos que a sustentam como doença mental.

No Brasil, a partir do final da década de 1970, o movimento da Reforma Psiquiátrica vem propondo a superação do modelo asilar e a desinstitucionalização, conforme defende Amarante (1995):

Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 1995, p.3-4).

Amarante (1995b) apresenta o processo da Reforma Psiquiátrica como processo social complexo caracterizado por quatro dimensões: a jurídico-política, a epistemológica, a técnico-assistencial, e a sociocultural.

Na sua dimensão jurídico-política, a reforma psiquiátrica brasileira surge no final dos anos 70, no interior do processo mais amplo da reforma sanitária e dos movimentos sociais ligados à luta contra a ditadura e, desde então, vem construindo uma trajetória permeada pela formação do movimento de luta antimanicomial, realização de diversas conferências de saúde mental, embates em torno da lei 10.216/01, ou seja, há uma luta política voltada para a transformação social e construção de novos arranjos organizacionais dos serviços, dependente da atuação e do jogo de força de uma série de atores e movimentos sociais (YASUI, 2010).

A segunda dimensão, a epistemológica, implica uma ruptura com o olhar psiquiátrico no contexto mais amplo de uma crise do paradigma da

racionalidade científica. Um dos desafios fundamentais da reforma psiquiátrica é promover uma radical ruptura em relação ao modelo psiquiátrico, questionando seus conceitos e suas práticas, para em seguida inventar um novo paradigma científico, ético e político (YASUI, 2010).

Segundo Yasui (2010), estaríamos em uma transição paradigmática entre o "modo asilar" e o "modo psicossocial"². O primeiro pressupõe um objeto simples e abstrato (a doença mental) e uma estratégia de intervenção centrada no isolamento/exclusão e no tratamento medicamentoso. Já o segundo, pressupõe um objeto complexo (a existência de sofrimento de um sujeito) e uma estratégia de intervenção baseada na inclusão/solidariedade e na diversificação dos atos de cuidado.

A terceira dimensão é a técnico-assistencial na qual se propõe uma nova práxis, uma nova organização dos serviços em saúde mental pautados no meio aberto, como o Hospital Dia e os CAPS.

A última dimensão é a sociocultural que concerne à percepção social do louco, às representações construídas socialmente em torno da loucura.

Ou bem decidimos olhá-lo de frente, deixando de projetar nele o mal de que nos queremos proteger e passamos a considerá-lo um problema que deve ser visto como parte da nossa realidade e que, assim, não podemos evitar (...) Assim, o problema se torna geral, com um caráter mais especificamente político, implicando o tipo de relação que a sociedade atual quer estabelecer com uma parte de seus membros. (BASAGLIA, 2001,p.123)

As ideias que já clamavam por um tratamento mais humanizado ao doente mental, iniciadas na Itália por Basaglia e seguidores, como Rotelli (1992), retratadas por Goffman (2010), Foucault (1995, 2006,2010a) e tantos outros, servem de suporte, ainda hoje, para que as políticas de saúde mental sejam continuamente repensadas e reformuladas, inclusive no Brasil (CHAVES e DANTAS, 2006).

---

² O termo 'Atenção Psicossocial' apresenta caráter interdisciplinar, 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).

1.2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e avanços na Política Pública

No Brasil, inspirado no referido modelo italiano, a Reforma Psiquiátrica Brasileira completa mais de 30 anos, constituindo um movimento que envolveu e envolve diversos setores sociais e estatais.

No final da década de 1970, a conjuntura brasileira vivenciava os movimentos pela liberdade, pelos direitos humanos e pelo fim da ditadura. Tal contexto fomentou o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que, em diversos lugares do Brasil, discutiam a questão psiquiátrica. É o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Um marco histórico para o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental ocorreu em 1978, a partir das denúncias de psiquiatras e de trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) que trouxeram à tona as condições de violência a que eram submetidos os internos dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde.

Após as denúncias, ocorreram paralisações das atividades dos profissionais da saúde mental, o que levou o governo ditatorial a editar o Decreto Lei 1632, que proibia a greve nos setores considerados essenciais.

Ao contrário do esperado, o Movimento fortaleceu-se e ampliou suas bases, ocorrendo em seguida diversos atos extremamente significativos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira na década de 1970.

No ano de 1978, realizou-se o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Santa Catarina que, por sua simbologia, ficou conhecido como o “Congresso da Abertura” e também ocorreu, no Rio de Janeiro, o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, com o intuito de fundar uma nova sociedade psicanalítica, o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições – IBRAPSI, que trouxe ao Brasil alguns dos principais críticos da tradicional psiquiatria, dentre eles Franco Basaglia, Robert Castel e Erving Goffman.

O ano de 1979 é realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Atenção Psicossocial, realizado em janeiro, no Instituto *Sedes Sapientiae* em São Paulo e cujo relatório final indica que as lutas pela transformação na área da saúde vinculam-se às demais lutas sociais (Amarante e Oliveira, 2004).

Ainda em 1979 ocorreu o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados. Em tal evento, o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – apresentou dois importantes documentos: um debatia, pela primeira vez, em nível nacional, a proposta de um Sistema Único de Saúde e outro, apresentou a primeira denúncia relacionada ao modelo psiquiátrico, fato que repercutiu nacionalmente, devido à divulgação feita, através dos meios de comunicação da época.

Ao final desse período, há um núcleo de consenso sobre o que deveria ser defendido: superação do Hospital Psiquiátrico e de seu modelo tradicional de práticas asilares, uma nova visão sobre o doente, baseada em uma perspectiva do mesmo como sujeito de direitos, distanciando-o dos preconceitos e colocando-o como um sujeito diferenciado, a ser focado como objeto da própria Psiquiatria.

Nos anos 1980, a luta antimanicomial ganha impulso, e é importante frisar que o movimento da Reforma Sanitária tem grande influência nesse redirecionamento, ao ocupar os espaços públicos de poder e de tomada de decisão, utilizando tais estratégias como forma de propor e introduzir mudanças no sistema de saúde.

Dentro do contexto da redemocratização vivida pelo Brasil, após a ditadura militar, e a partir das novas concepções trazidas pelos debates da chamada Reforma Psiquiátrica, os Manicômios Judiciários, como local de assistência à saúde, passam a ser questionados e tais discussões evidenciam-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1984, que passa a defender a Saúde como uma questão de Direito, a ampliação do próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, assim como a revisão da legislação relativa à promoção, proteção e recuperação da saúde, balizas do que se convencionou chamar Reforma Sanitária.

É nesse contexto que ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, para a qual Sérgio Arouca foi nomeado presidente, como participante ativo do Movimento de Reforma Sanitária. Arouca privilegiou a participação popular, com representantes dos vários setores da comunidade.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde surge uma nova concepção de saúde, como um dever do Estado e um direito do cidadão, onde o Estado passa a ser visto como promotor de Políticas Públicas que visam ao bem-estar social e uma nova visão de saúde no país.

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, ficam evidenciadas as exigências de reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica", dando prioridade ao sistema extrahospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente. Também contempla a necessidade de reavaliação das unidades de internação existentes quanto à sua eficácia/eficiência e condições de atendimento com avaliação e controle rígido do tempo de internação dos pacientes.

Em tal Conferência, a doença mental foi compreendida também como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população, devendo ser assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Também se questionou a medicalização e psiquiatrização, pois, elas frequentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos, evitando a utilização do saber e das técnicas médico-psicológicas para a prática de discriminação e dominação (BRASIL,1987).

Ainda no ano de 1987, realiza-se, em Bauru, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Atenção Psicossocial, que tem como lema "Por uma sociedade sem Manicômios", onde a luta antimanicomial definia o movimento pela atenção psicossocial, não como algo exclusivo do saber médico, mas a um campo aberto aos cidadãos. Também defendia a ideia de que as pessoas com transtorno mental devem ser integradas, levando-se em consideração o ponto de vista daqueles que serão os pacientes/usuários do

sistema, pois isso é pressuposto essencial a todo e qualquer projeto terapêutico.

Em dezembro de 1987, no encontro dos trabalhadores em saúde Mental, em Bauru, surge uma nova e fundamental estratégia. O movimento amplia-se no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente técnico-científica, tornando-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental. O lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica. (AMARANTE, 1995, p. 492)

Assim, a “loucura” deixava de ser uma questão exclusivamente técnica, para se tornar uma questão que diz respeito a toda a sociedade, pois, tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário (ROTELLI, 1992).

No citado contexto de redemocratização do país, nascia o movimento pela nova Constituição Federal, que seria promulgada em 1988 e atenderia aos preceitos enunciados na VIII Conferência Nacional de Saúde, entre os artigos 196 a 201, em uma seção destinada somente à “Saúde”, na qual se consolida a universalização da assistência, a integralidade da atenção à saúde - realizada por ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a intensificação dos movimentos sociais da Reforma Psiquiátrica, verificam-se mudanças significativas no campo da política de saúde mental no Brasil, consolidando a perspectiva de desinstitucionalização, criação e a regulamentação de instrumentos legais relativos à implementação da rede de serviços substitutivos.

Dessa forma, um conjunto de portarias e leis, editadas pelo Ministério da Saúde, definem novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada às pessoas com transtornos mentais, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento e tendo, como referência, as regras da vigilância sanitária, a existência de projeto

terapêutico, além de uma equipe multidisciplinar e demais mecanismos que garantam melhorias na qualidade assistencial.

Os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, garantidos pela Constituição de 1988, serão regulamentados por intermédio das Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90.

A Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde, estabelece as diretrizes para o atendimento nos serviços de saúde mental, traçando diretrizes para vários serviços substitutivos como: atendimento ambulatorial com serviços de saúde mental (unidade básica, centro de saúde e ambulatório), Centros e Núcleos de atenção psicossocial (CAPS/NAPS), Hospital-Dia (HD), Serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral, leito psiquiátrico em hospital-geral, além de definir padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos, objetivando a superação dos mesmos.

Nessa construção, cabe ressaltar ainda a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, que buscou esboçar diretrizes gerais para a Reforma Psiquiátrica no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e orientar a reorganização da atenção em Saúde Mental no Brasil, tanto no plano assistencial, como no jurídico-institucional, através da discussão democrática entre os diversos setores da sociedade.

A Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, também do Ministério da Saúde, cria os Serviços de residências ou moradias terapêuticas em saúde mental, que devem, segundo seu artigo 3º, promover a reinserção dessa clientela à vida comunitária.

Em 2001, é promulgada a Lei 10.216/01, também conhecida como Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A aprovação da lei 10.216/01 é o mais importante marco legal para a discussão sobre o fim dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, nos moldes como existentes hoje.

Sobre a inovação legislativa, é preciso salientar que a Lei 10.216/01, como lei posterior que é, em relação ao Código Penal e a Lei de Execução Penal, derroga tais diplomas legais no que diz respeito à Medida de Segurança.

Tal posicionamento tem sido defendido por diversos setores jurídicos, como a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, através de suas teses institucionais e o Ministério Público Federal que, em 2011, emitiu Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216/01.

O artigo 4º da lei 10.216/01 estabelece que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extrahospitais se mostrarem insuficientes”.

Portanto, a lógica trazida pela lei da Reforma Psiquiátrica mostra-se incompatível com a lógica da legislação penal, demonstrada no item 1.1 do presente trabalho, ao vincular a espécie de pena e seu regime de cumprimento pelo delito cometido ao tratamento dispensado, seja internação ou tratamento ambulatorial.

Dentro dessa perspectiva, segundo grande parte dos juristas, entre eles o renomado Promotor de Justiça do Estado de Goiás, Dr. Haroldo Caetano da Silva, foi revogado pela Lei nº 10.216 de 2001 o artigo 97 do Código Penal, dispositivo que liga à prática de um crime punido com reclusão, pelo inimputável, a medida de segurança de internação, inclusive com aprovação em instâncias nacionais de discussão sobre o tema, como o VII Encontro Nacional de Execução Penal, realizado em 2005, que culminou com a elaboração da chamada “Carta de Porto Alegre”.

Ainda devemos ressaltar que a lei 10.216/01 traz a chamada de internação compulsória em seu art. 6º, parágrafo único, III, como sendo aquela determinada pela Justiça. Mas sua interpretação deve levar em conta o disposto no art. 4º, caput, da citada lei, devendo o Juiz somente determinar a internação “quando os recursos extrahospitais se mostrarem insuficientes”.

Entretanto, não havendo recursos extrahospitalares 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.

Em qualquer caso, o tratamento visará, como finalidade permanente, à reinclusão do paciente ao seu meio social (art. 4º, § 1º), de forma a promover a integralidade e a humanização dos serviços prestados a essas pessoas, o respeito a seus direitos e a melhoria da qualidade de suas vidas, na perspectiva dos direitos humanos.

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).

Segundo o artigo 4º, § 3º 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, quais sejam:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Nas palavras de Silva (2010),

Diante da Lei 10.216, sequer se cogita do recolhimento do paciente submetido à medida de segurança em manicômio judiciário, hospital de custódia psiquiátrica, cadeia pública ou qualquer outro estabelecimento prisional. Tal situação, muitas vezes tolerada face à não implementação de políticas públicas de atenção à saúde mental, além de violar frontalmente o modelo assistencial instituído pela Lei da Reforma Psiquiátrica, 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 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 10.216, zelando pelo efetivo respeito aos direitos e à dignidade da pessoa portadora de transtornos mentais submetida à medida de segurança, sob pena de, não o fazendo, responder criminalmente pela conduta, mesmo que omissiva. (SILVA, 2010, p. 113)

Com tal inovação legislativa, os instrumentos de garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito passam a ser mais debatidos, sobretudo na "III Conferência Nacional de Saúde Mental" e com o "Seminário Direito à Saúde Mental - Regulamentação e Aplicação da Lei 10.216/01", ocorridos ainda no ano de 2001.

Em 2002, no Seminário Nacional Para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ocorrido em Brasília e realizado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, há, pela primeira vez, um debate específico para os locais de internação, onde estão internadas as pessoas com transtorno mental e que cometeram delitos.

Em tal Seminário reafirma-se a necessidade de que os HCTPs sejam realmente vistos como espaço de tratamento e não custódia, propondo como objetivos, entre outros, reafirmar que medida de segurança é tratamento e que o tratamento é direito do cidadão e tais tratamentos, quando ainda realizados nos Manicômios Judiciários, sejam feitos no menor tempo possível e voltados para a reinserção dos pacientes nos serviços de saúde mental comunitários.

No ano de 2003 é publicada, pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, a Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, "destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas", segundo seu artigo 1º.

O Plano Nacional de Saúde Mental foi objeto de várias reformulações, desde 2003, e trouxe importantes inovações como propostas para a substituição do modelo hospitalocêntrico: oficinas terapêuticas, oficinas de capacitação/produção, ambulatórios de saúde mental, equipes de saúde mental em hospitais gerais, moradias terapêuticas e centros de convivência (Costa, 2003).

O Ministério da Saúde busca, atualmente, investir e fortalecer a rede de atendimento extrahospitalar. A rede é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), núcleos de atenção integral em Saúde da Família, Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas, residências terapêuticas e projetos de inclusão social por meio da geração de renda e trabalho.

Ao comentar sobre o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, Batista e Silva (2010) assevera:

Não existe uma Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, como existe uma Política Nacional de Saúde Mental, ou uma Política Nacional de Saúde da Mulher, ou uma Política Nacional de Atenção Básica: o que existe é um Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, ou seja, um meio de fazer chegar essas políticas a pessoas reclusas em unidades penitenciárias – presídios, penitenciárias, colônias agrícolas e outras unidades prisionais para pessoas julgadas e condenadas. É um Plano, instituído por uma portaria interministerial, que sela um acordo, entre Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, para que, de um lado, a organização das ações e serviços de saúde no sistema penitenciário seja cada vez mais pautada pela lógica da atenção básica e pelos princípios do SUS, de outro lado, o SUS faça valer os princípios da universalidade, equidade e intersetorialidade e faça chegar inclusive a pessoas privadas de liberdade a atenção integral em saúde. (BATISTA E SILVA, 2010,p.98)

Podemos ainda destacar outras medidas que, embora possam ser denominadas de assistencialistas e paliativas, buscam auxiliar o processo de reinserção social das pessoas com transtornos mentais, como a criação, no ano de 2003, do Programa "De Volta para Casa". Este Programa foi criado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais egressos de internações, tendo sido regulamentada pela Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003, do Ministério da Saúde, que condiciona o benefício àqueles que tenham sido internados por período igual ou superior a dois anos. O valor de tal auxílio é de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), valor que pode ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com disponibilidade orçamentária, e que atualmente está no valor de R\$ 320,00 (trezentos e vinte reais).

Embora, o valor possa ser considerado irrisório, este auxílio financeiro responde a uma antiga reivindicação do Movimento Antimanicomial e de defesa dos direitos humanos: a reintegração social do usuário juntamente com a sua inserção nos serviços territoriais-comunitários e de atenção diária. Tal benefício também deve ser garantido às pessoas egressas de HCTP, de acordo com o que prevê o §3º do artigo 3º da referida lei: "Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial".

Outro instrumento importante é a Portaria Interministerial nº 3.347, de 29 de dezembro 2006, do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, que institui o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. Seu objetivo é o de expandir meios para acolher denúncias e outras formas de monitoramento externo das instituições que lidam com pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

Em continuidade ao Seminário Nacional de Reorientação dos HCTPs, em agosto de 2010, ocorreram o I e II Encontro Nacional sobre o Atendimento a Pessoas em Medida de Segurança, sob organização da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, buscando reunir

subsídios para a elaboração normas próprias de atendimento a pessoas privadas da liberdade em HCTPs, algo que foi apontado como necessário pela Portaria Interministerial 1.777/2003, em seu artigo 8º.

Também no ano de 2010, ocorre a IV Quarta Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, realizada pelo Ministério da Saúde, em Brasília, apresentando como tema *“Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”* que, ao discutir “Saúde Mental, Medidas de Segurança e Sistema Prisional”, propôs a elaboração, a partir da constituição de um grupo de trabalho intersetorial, de um plano nacional de Extinção do Sistema de Hospital de Custódia em prazo emergencial (BRASIL, 2010e).

Em tal Conferência, frisou-se que se deve objetivar uma Reforma Psiquiátrica que produz desinstitucionalização, inclusão social e uma rede assistencial de atenção psicossocial que supera e substitui os hospitais psiquiátricos; reformas centradas nos usuários entendidos como sujeitos de direitos e cidadãos vistos como indivíduos personalizados, protagonistas de suas próprias vidas.

Além disso, especificamente em relação ao cumprimento das medidas de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental trouxe como diretrizes:

- Garantir o tratamento das pessoas com transtornos mentais que cometem delitos, em cumprimento às diretrizes do SUS e à Lei 10.216/2001, visando o fim do manicômio judiciário, com a elaboração de um plano nacional de Extinção do Sistema de Hospital de Custódia em prazo emergencial. Durante o período de transição, garantir que a medida de segurança seja aplicada em sintonia com a Lei 10.216/2001 e garantir a humanização dos hospitais de custódia, pautada no respeito aos direitos humanos e atendimento de qualidade, visando à reabilitação psicossocial.
- Alteração do Código Penal Brasileiro, no sentido de excluir o conceito de “presunção de periculosidade” da pessoa com transtorno mental em situação de privação de liberdade e em presídios, sendo-lhe garantido o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, extinguindo-se a reclusão em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Ainda no plano legal, é também de vital importância a reformulação da Lei de Execuções Penais, o Código Penal e o Código de Processo Penal, de

acordo com os princípios da Lei 10.216/2001, mediante a construção de soluções jurídicas, clínicas e sociais para as pessoas em sofrimento psíquico, durante o tempo que mantiverem relações com a justiça penal. (BRASIL, 2010b, p. 121 e 122)

A Resolução 4, de 30 de julho de 2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, do Ministério da Justiça, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, recomenda que haja a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança, assim como o redirecionamento do modelo assistencial de tratamento e cuidado em saúde mental que deve acontecer de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto (BRASIL, 2010c).

Tal resolução prevê a integração dos HCTPs à rede de cuidados do Sistema Único de Saúde e em seu artigo 6º determina o prazo de 10 anos para que o Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, substituam o modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se de programa específico de atenção ao paciente judiciário.

No mesmo sentido, há a Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010 do Conselho Nacional de Justiça que, ao tratar da execução das medidas de segurança, estabeleceu que estas devem ser executadas nos termos da Lei nº 10.216/01 e estabelece em seu artigo 17 que “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001” (Brasil, 2010a).

No âmbito do CNJ há, ainda, a Recomendação nº 35, de 12 de julho de 2011, que estabelece que as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança e recomenda aos Tribunais de todo o país que :

I - na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto;
 II – a política antimanicomial possua como diretrizes as seguintes orientações:

- a) mobilização dos diversos segmentos sociais, compartilhamentos de responsabilidades, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental e infundam o respeito aos direitos fundamentais e sociais das pessoas sujeitas às medidas de segurança;
  - b) diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, a fim de buscar a intersectorialidade necessária;
  - c) criação de um núcleo interdisciplinar, para auxiliar o juiz nos casos que envolvam sofrimento mental;
  - d) acompanhamento psicossocial, por meio de equipe interdisciplinar, durante o tempo necessário ao tratamento, de modo contínuo;
  - e) permissão, sempre que possível, para que o tratamento ocorra sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, visando sempre à manutenção dos laços familiares;
  - f) adoção de medida adequada às circunstâncias do fato praticado, de modo a respeitar as singularidades sociais e biológicas do paciente judiciário;
  - g) promoção da reinserção social das pessoas que estiverem sob tratamento em hospital de custódia, de modo a fortalecer suas habilidades e possibilitar novas respostas na sua relação com o outro, para buscar a efetivação das políticas públicas pertinentes à espécie, principalmente quando estiver caracterizada situação de grave dependência institucional, consoante o art. 5º da Lei no 10.216/2001;
  - h) manutenção permanente de contato com a rede pública de saúde, com vistas a motivar a elaboração de um projeto de integral atenção aos submetidos às medidas de segurança;
  - i) realização de perícias por equipe interdisciplinar.
- III – em caso de internação, ela deve ocorrer na rede de saúde pública ou conveniada, com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário, com observância das orientações previstas nesta recomendação.

O Ministério Público Federal, através da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, também é um ator importante na busca da implementação de um novo paradigma para a execução das medidas de segurança, editando em 2011, um Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216/01 do Ministério Público Federal (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Importante ressaltar que em setembro de 2009 ocorre, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental, evento que

reuniu Autoridades Públicas, Gestores, membros do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública, Psicólogos, Médicos, Professores e Pesquisadores.

Ao final de tal Simpósio, os participantes elaboraram a “Carta de São Paulo” (2009), onde aprovaram como princípios e diretrizes, entre outros:

Enquanto existirem, devem ser credenciados junto ao SUS todos os hospitais de custódia ou equipamentos similares, além de aumento de recursos financeiros, humanos para a desinstitucionalização das pessoas que estão em hospitais de custódia .

A Atenção em saúde mental deve se pautar pelos dispositivos da lei 10.216/01, adotando-se posicionamento ético-político no sentido de buscar sua efetivação no que tange à aplicação de medida de segurança, assegurando-se e viabilizando-se a desconstrução da instituição manicomial. (I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental, 2009)

Por derradeiro, devemos mencionar que o Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009, promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de Março de 2007, sendo o primeiro e único Diploma internacional sobre Direitos Humanos aprovado pelo Congresso Nacional com força de Emenda à Constituição Federal, conforme §3º, do Art. 5º, da Carta Magna.

Embora tenhamos avanços significativos nas diretrizes normativas destinadas às pessoas com transtornos mentais, permanecem ainda diversos desafios e há muito a ser feito para que a cidadania desses indivíduos não esteja contemplada somente no papel frio da legislação.

De acordo com Reis (2010, p. 14), os “manicômios judiciários e seus efeitos marcam antes de tudo um lugar de ambiguidade e instabilidade no interior da atual política de saúde mental brasileira. Essas ambiguidades se refletem e surgem nos mais diversos níveis.”

Há a necessidade do fortalecimento da rede de atenção extrahospitalar, pois, não basta falarmos em desinstitucionalização, sem a necessária construção de uma rede de proteção social e/ou familiar para acolher e acompanhar essas pessoas.

Deve ser concebido um projeto terapêutico multidisciplinar, com o encaminhamento devido aos serviços substitutivos e demais mecanismos de saúde pública e de assistência social, voltado para a reinserção sócio familiar. E isso só se torna possível com uma ação integrada entre as áreas da Justiça, da Saúde e da Assistência Social.

Para atingir essa reinserção sócio familiar, deve-se preparar a família que, na maior parte das vezes, não teve acesso aos cuidados em saúde mental, através da conscientização sobre o novo sistema que coloca o indivíduo, enquanto sujeito de direitos, como centro do cuidado à saúde e não a doença. Necessário ainda enfrentar a questão complexa que envolve a pessoa com transtorno mental que cometeu delito dentro do seio familiar.

Na falta desse vínculo familiar, a ideia é de que haja um sistema de proteção social público (extrafamiliar) mantido pelo Estado, onde ocorra uma política de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Assim, é necessária a concretização de políticas públicas para implantação de Residências Terapêuticas, Lares Abrigados, Pensões Protegidas.

Também se faz necessária a capacitação dos profissionais da Saúde e da Justiça para o redirecionamento da assistência ao “louco infrator”, buscando a superação de uma visão estigmatizante sobre a loucura e ressaltar a perspectiva do direito à saúde, sobretudo entre os operadores do Direito.

Considerando-se que a legislação de saúde mental brasileira e internacional propõe uma estrutura voltada para o tratamento e apoio, e não para a punição, faz-se necessário o fortalecimento de um verdadeiro diálogo intersetorial e interinstitucional, envolvendo, entre outros, os setores da Justiça e da Saúde.

Assim, observa-se, a relevância e pertinência da discussão sobre a necessidade da integração de ações entre o Ministério da Justiça e o

Ministério da Saúde. Diálogo a ser permeado com a participação do Poder Judiciário, representantes do Ministério Público, sociedade civil, profissionais de saúde, entre outros.

Outro ponto fundamental é a superação do preconceito da sociedade, que se acostumou a referir-se à pessoa com transtorno mental como um ser perigoso e incapaz (CINTRA JÚNIOR, 2003).

O objetivo da Reforma Psiquiátrica não se restringe a mudanças administrativas ou técnicas, sendo, assim, a superação do paradigma manicomial, cujo sucesso depende, essencialmente, da mudança nas formas de lidar com a loucura (DANTAS e CHAVES, 2006).

1.2.3 Hospitais de Custódia: Ponto de encontro entre Justiça e Saúde?

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são instituições de caráter predominantemente custodial, onde o tratamento de saúde oferecido e suas condições de funcionamento são questionados pela literatura existente e por diversos setores institucionais, profissionais e sociais.

A maioria dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico não estão integrados à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e, no caso do Estado de São Paulo, tais hospitais continuam a ser administrados pela Secretaria de Administração Penitenciária, sob a dependência da esfera da Justiça e não vinculado à Secretaria de Saúde.

Solidão, falta de higiene, violência, abandono, incompreensão, exclusão, preconceito. Tais palavras poderiam descrever os Hospícios do século XIX, mas também, podem descrever os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Afirmação radical e inconsequente? Não.

Mamede (2006), ao discorrer sobre condições que vivem as internas do “Manicômio Judiciário de Franco da Rocha”, concluiu:

Infelizmente as condições gerais dos manicômios judiciários no Brasil, além de inóspitas e ineficientes, perpetuam um cenário de miserabilidade humana que não deveria existir. Tem sido difícil manter a crença nas instituições e nos órgãos competentes (MAMEDE, 2006b, p.108).

O espaço físico é geralmente inadequado para atender a demanda dos internos. No caso do estado de São Paulo, o prédio do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “André Teixeira Lima” I e II foi construído no início do século XX, conforme já indicado no item 1.1.2, portanto sua estrutura é antiga e precária para a realidade atual.

Sobre a questão arquitetônica, vale mencionar a recente Resolução nº 09, de 18 de novembro de 2011, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, que estabeleceu as Diretrizes Básicas para Arquitetura Penal, considerando as manifestações advindas de órgãos públicos referentes às políticas de saúde e educação, entre outros e também considerando a necessidade de aperfeiçoamento das Diretrizes para elaboração de projetos, construção, reforma e ampliação de unidades penais no Brasil.

Em tal Resolução, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ainda são classificados como Estabelecimentos Penais, embora recebam em tal documento uma nova denominação: Serviço de Atenção ao Paciente Judiciário, estabelecimentos penais destinados a atender pessoas submetidas à medida de segurança.

O problema de superlotação, comum aos presídios, estende-se aos Hospitais de Custódia, existindo “filas de espera” por uma vaga nos HCTPs, problema que se agrava quando pensamos na perspectiva de oferecimento de um projeto terapêutico individualizado, apregoado pela Reforma Psiquiátrica.

Segundo o Relatório da I Caravana Nacional De Direitos Humanos: Uma Amostra Da Realidade Manicomial Brasileira realizada em 2000, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “André Teixeira Lima”, localizado no estado de São Paulo:

A superlotação é aqui um problema sério e a lotação máxima cairia abruptamente se fôssemos calculá-la de acordo com os requisitos para um razoável tratamento de saúde. Os alojamentos coletivos dispõem de leitos que estão "colados" uns aos outros. Ao que tudo indica, os internos são medicados "coletivamente"; vale dizer: sem a necessária atenção individualizada (RELATÓRIO DA PRIMEIRA CARAVANA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, 2000, p.26).

O número significativo de pacientes longamente institucionalizados é outro problema dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). No caso de São Paulo, podemos ilustrar tal situação com a afirmação do jornalista Douglas Tavolaro (2002) ao publicar seu livro "A Casa do Delírio" em que afirma que em Franco da Rocha a loucura é irreversível e muitos passam grande parte da vida na Instituição, onde morrem abandonados pela família.

Assim, o quadro que se delineia é os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ficaram à margem das mudanças preconizadas pelos novos paradigmas no atendimento à pessoa com transtorno mental defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e com os objetivos propostos na Lei Nº 10.216/2001, marco da reforma psiquiátrica no Brasil.

Correia, Lima e Alves (2007) afirmam que:

A Reforma Psiquiátrica não tem contemplado a reorientação das práticas assistenciais desenvolvidas no âmbito dos HCTP. A manutenção do modelo hegemônico de atenção psiquiátrica aos loucos infratores tem favorecido uma assistência custodial, impossibilitando mudanças que venham a integrar a pessoa à sua comunidade e, especialmente, o respeito aos direitos individuais previstos pela Constituição de 1988 (CORREIA, LIMA E ALVES, 2007, p.11).

A aplicação das diretrizes trazidas pela Lei 10.216/01 representa um possível encontro entre Justiça e Saúde nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, onde seja possível a implantação de um modelo de atenção integral, que estabeleça o elo entre o Poder Judiciário e os profissionais de saúde envolvidos com o usuário, conforme entendimento

explicitado pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo, Ministério Público Federal, entre outros.

No Brasil já há programas em execução que foram inspirados por essa metodologia de atenção integral no tratamento jurisdicional.

O PAI-PJ, Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário, implantado no Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, em março de 2000, utiliza uma metodologia de atenção integral ao usuário, busca conjugar tratamento, responsabilidade e inserção no social e subsidiar a área jurídica, para que atenda à individualização na aplicação da medida judicial. Atualmente, segundo dados, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais, o PAI-PJ atende 160 casos, sendo o percentual de reincidência é zero.

A intervenção do PAI-PJ, sempre orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, junto aos pacientes infratores, é determinada por juízes das varas criminais que, auxiliados por equipe multidisciplinar do programa, podem definir qual a melhor medida judicial a ser aplicada, com a intenção de conjugar tratamento, responsabilidade e inserção social.

A partir de maio de 2010, o programa passa a integrar o Projeto Novos Rumos, regulamentado pela Resolução nº 633/2010 do Tribunal de Justiça do estado de Minas Gerais, projeto que tem como principal objetivo fortalecer a humanização no cumprimento das medidas de segurança, inclusive, com enfoque especial na reinserção social da pessoa em conflito com a Lei.

O PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - possui autonomia e partindo dessa nova realidade normativa da Lei 10.216/01, propõe uma nova política de saúde mental com assistência integral, inserção na família e na sociedade e, portanto, uma mudança de paradigma: a medida de segurança sai da esfera da segurança pública e passa a constituir-se assunto de Saúde Pública, com a universalização do atendimento pelo SUS, utilizando-se a rede conveniada.

A partir dos exemplos do PAI-PJ de Minas Gerais e do PAILI de Goiás, foi proposta, no estado de São Paulo, a criação do SAIPEMS – Sistema de Atenção Integral à Pessoa em Medida de Segurança e que conta

com o apoio da Corregedoria dos Presídios, da Defensoria Pública e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Ao comentar sobre as iniciativas do PAI-PJ em Minas Gerais e do PAI-LI em Goiás, Reis (2010, p.13) afirma que tal iniciativa “têm propiciado a transformação, mesmo que incipiente, do quadro desolador da realidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”.

Portanto, a implantação do SAPEMS poderia representar um encaminhamento para que as pessoas que cumprem medida de segurança sejam tratadas dentro das diretrizes da Lei 10.216/01.

Conforme exposto no item 1.1.2, os Hospitais de Custódia não devem ser mais o lugar para onde sejam encaminhadas as pessoas com transtorno mental. “Se são doentes, não podem permanecer em um hospital que prioriza a ideologia carcerária e tem um funcionamento muito mais próximo de uma penitenciária”. (Mamede, 2006a, p.29)

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico representam um grande desafio para o campo da saúde mental. Considera-se que os Manicômios Judiciários, sua lógica, sua população constituem uma das últimas fronteiras relativamente resistentes ao avanço do movimento antimanicomial (Reis, 2010).

Há muito que se fazer para uma efetiva mudança de paradigma na assistência e no cuidado aos pacientes em medida de segurança e para que as diretrizes da Lei 10.216/01 sejam implementadas.

Há a necessidade de um exercício permanente de atenção, de reflexão e, sobretudo, de capacitação dos atores envolvidos, incluindo não apenas a esfera da saúde, mas principalmente a da justiça. Enquanto não houver definitivamente a mudança de paradigma e a conscientização para a assistência aos pacientes em medida de segurança dentro das diretrizes da referida Lei, entende-se que se continuará caminhando na contramão da história (SAMPAIO, 2010, p.35).

A intersetorialidade é necessária no contexto do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Essencial que haja, em todo momento nas ações de saúde no sistema penitenciário, uma composição entre Saúde

e Justiça, pois não há como fazer saúde de outro modo nesse contexto (Batista E Silva, 2010).

A “Carta de São Paulo”, documento de referência e aprovado no I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental realizado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em 2009, apontou diretrizes que devem balizar as iniciativas para que exista um verdadeiro encontro entre Justiça e Saúde.

Em tal documento, reafirma-se o acima pontuado, elencando, além da questão da desconstrução da instituição manicomial, conforme já defendido, as seguintes asserções:

- A Lei 10.216/01 deve ser difundida e melhor conhecida pelos profissionais da Saúde, pelos profissionais do Direito, profissionais da segurança pública, gestores públicos e pela sociedade civil.
- Os vínculos da rede de saúde mental com o Poder Judiciário, defensoria Pública e o Ministério Público devem ser formalizados como forma de efetivar a Lei 10.216/01.
- A participação da sociedade civil deve ser considerada fundamental nos processos de articulação, debate, proposição e monitoramento das políticas de atenção à saúde mental às pessoas submetidas à medida de segurança.
- É fundamental a constituição de equipe ou instâncias articuladoras entres os sistemas de justiça, segurança pública e saúde, de caráter interdisciplinar que atue desde o inquérito policial e, posteriormente, mediante ação articulada com os juízos de conhecimento e de execução.
- As pessoas internadas em Hospitais de Custódia devem ser gradativamente encaminhadas para tratamento na rede de saúde mental, a partir de ações intersetoriais (I SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS E SAÚDE MENTAL, 2009).

Portanto, o ideal almejado é a total desinstitucionalização das pessoas submetidas à medida de segurança e o consequente fechamento das instituições manicomiais. Mas, para que esse processo ocorra se faz necessário o gradativo encaminhamento das pessoas com transtorno mental, que cometeram delitos para atendimento na rede SUS e seus recursos extrahospitalares, através de ações intersetoriais e interinstitucionais.

Assim, se o problema da relação crime e loucura se apresenta como questão de Justiça e Saúde Pública, como enfrentar os desafios para

a redefinição de novas competências que possibilitem a implementação de processos que viabilizem que os atuais HCTPs se caracterizem como espaço que contemple, além do aspecto prisional, o cuidado em saúde, tendo em vista o papel secundário que a saúde ocupa na dinâmica institucional?

Conforme já enunciado na Apresentação desse nosso trabalho, para respondermos a pergunta acima formulada, partimos dos seguintes pressupostos: por um lado, do fato de que as atuais práticas institucionais não dão conta do que se denomina como a problemática do chamado “louco infrator”, uma vez que as mesmas não atendem à realidade e às necessidades desses indivíduos, que não obedecem a fronteiras institucionais estritas. Por outro lado, o de que os desafios colocados a tais práticas encontram respostas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que permitiria, em tese, repensar as práticas no campo da saúde mental, mas pensar nas necessárias práticas interinstitucionais e intersetoriais, vistas como essenciais para o trato das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, como sujeito de direitos.

Tendo em vista tais pressupostos e indagação foram definidos os objetivos do trabalho, apresentados a seguir, em capítulo específico.

2 OBJETIVOS

- 1) Identificar o lugar ocupado pela saúde nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e caracterizar suas práticas no contexto do sistema penitenciário atual.
- 2) Descrever as controvérsias presentes na aplicação da Lei 10.216/01, lei da Reforma Psiquiátrica no âmbito das medidas de segurança e suas implicações.
- 3) Discutir os critérios legais aplicados aos sujeitos inimputáveis e seus desdobramentos como critérios em saúde e a descaracterização dessa dimensão do cuidado.
- 4) Identificar pontos de tensão de natureza sócio-política à inscrição dos HCTPs no SUS na perspectiva do ideário da Reforma Psiquiátrica, tomando, como caso exemplar, o Estado de São Paulo e suas especificidades.
- 5) Refletir sobre limites, possibilidades e desafios para a transformação dos HCTPs em um ponto de encontro entre Justiça, Cidadania e Saúde, à luz de experiências exitosas no País e princípios da Reforma Psiquiátrica.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 NATUREZA DE PESQUISA

Dada a natureza do problema de investigação, a presente pesquisa circunscreve-se a uma abordagem do tipo qualitativa, uma vez que, em função dos objetivos definidos, apresenta-se como modalidade pertinente, cada vez mais utilizada quando o interesse investigativo não se circunscreve a uma lógica quantitativa de amostragem, mas a estudos que visem a aprofundar temas e problemas específicos, na perspectiva da história oral, na qual a técnica de depoimento ocupa lugar de destaque por contemplar entrevistas com informantes chave, que detêm as informações e as experiências que o pesquisador deseja conhecer em relação ao problema central de seu trabalho (QUEIROZ, 1988; MEIHY, 1998; MINAYO, 2004).

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa são informantes considerados “chave”, ou seja, que tenham vínculo, direta ou indiretamente, com as questões da interface Justiça e Saúde Pública, em especial no debate sobre a implementação de Políticas Públicas voltadas à inscrição dos HCTPs no SUS, dentro do ideário da Reforma Psiquiátrica no Estado de São Paulo.

Os entrevistados são profissionais que atuam no Estado de São Paulo, assim como em outros Estados do País, com experiência sobre a discussão e busca de implementação da Lei 10.216/01, Lei da Reforma Psiquiátrica.

Os profissionais entrevistados referem-se a três grupos abaixo mencionados:

Grupo 1	Profissionais ligados à Justiça: Juízes, Promotores e Defensores Públicos do Estado de São Paulo
Grupo 2	Profissionais ligados à Saúde: Psicólogos, Médicos, Assistentes Sociais do Estado de São Paulo
Grupo 3	Profissionais ligados a exitosas no País no que se refere à implementação da Reforma Psiquiátrica nas Medidas de Segurança.

Em relação ao Grupo 1, buscou-se entrevistar Juízes, Promotores de Justiça e Defensores Públicos que atuam diretamente em Varas Criminais, onde tramitam os processos de execução ou haja processos de conhecimento em que pessoas foram submetidas à Medida de Segurança no Estado de São Paulo. Ainda buscou-se entrevistar Membros do Ministério Público Federal, uma vez que tal Instituição possui trabalho específico voltado à temática.

Em relação ao Grupo 2, entrevistamos profissionais ligados aos Conselhos Regionais Profissionais do Estado de São Paulo ou que, direta ou indiretamente, já tivessem trabalhado nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Paulistas, tendo em vista São Paulo ter sido tomado, em razão de suas especificidades, como caso exemplar.

Em relação ao Grupo 3, foram selecionados profissionais ligados a diferentes programas de atenção integral existentes no País, considerados exitosos, como por exemplo, o PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário), de Minas Gerais e ao PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator), de Goiás e ao recente processo de desinstitucionalização do Estado do Rio de Janeiro.

Ao todo foram entrevistados 12 profissionais, sendo 8 entrevistados do Estado de São Paulo e 4 de outros Estados da Federação, dos quais 9 eram homens e 3 mulheres. Em relação aos profissionais do Estado de São Paulo foram entrevistados 1 Juiz de Direito, 1 Promotor de

Justiça, 1 Advogado, 1 Defensor Público, 1 Procurador de Justiça, 1 médico psiquiatra e 2 psicólogos.

Por fim, vale mencionar que no projeto original havia a programação de um quarto grupo a ser entrevistado, composto por atuais gestores da Saúde e da Secretaria de Administração Penitenciária. Em relação à SAP, essa pesquisa foi inviabilizada pelos seguintes obstáculos enfrentados: os gestores só poderiam ser entrevistados após a aprovação do projeto em Comitê de Ética próprio, o que implicaria aguardar cerca de 8 meses a um ano para aprovação, fora, portanto, do prazo disponível para a entrega da presente Dissertação. Em relação à Secretaria de Saúde, a resposta aos convites enviados por e-mail foi extremamente demorada, sendo inviabilizada a entrevista com o único médico psiquiatra disponibilizado para a entrevista.

3.3 TRABALHO DE CAMPO

Para a realização das entrevistas, utilizamos a técnica de depoimento, tendo em vista garantir a discussão de alguns aspectos que consideramos relevantes para a abordagem do tema e problema sob investigação.

De acordo com Queiroz: “ao colher um depoimento, [diferentemente da história de vida] o colóquio é dirigido diretamente pelo pesquisador, que pode fazê-lo com maior ou menor sutileza, mas na verdade tem nas mãos o fio condutor da pesquisa. ‘Da vida’ de seu informante, privilegiam acontecimentos que venham se inserir diretamente no trabalho, e a escolha é unicamente efetuada por este critério” (Queiróz, 1988, p. 21). Em nosso caso, tratou-se de buscar informações relativas a

experiências profissionais capazes de contribuir aos objetivos definidos para o trabalho.

As entrevistas foram realizadas a partir de um Formulário Semiestruturado para a caracterização sócio profissional dos sujeitos da pesquisa e a partir de um Roteiro Temático (MEIHY, 1998), tendo em vista a pesquisa em profundidade e a flexibilidade que esse instrumento oferece (MEIHY, 1998).

Desse modo, embora esse instrumento contemple um conjunto de questões envolvendo temas relativos ao problema sob investigação, ele atende ao critério da flexibilidade importante em entrevistas dessa natureza por considerar a abertura de espaço para a emergência de relatos não previstos nos referidos temas.

Foram entrevistados os profissionais que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo I).

As entrevistas, realizadas pela própria Pesquisadora, foram gravadas e realizadas em local e meio determinados pelos entrevistados. Assim, algumas entrevistas foram presenciais em residências ou locais de trabalho, assim como, por telefone com hora agendada pelos profissionais.

O Roteiro Temático abrangeu temáticas e questões de diferentes ordens, que se encontram no Anexo II.

3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Os relatos orais foram transcritos pela Pesquisadora e devidamente revisados para fins de utilização no corpo da dissertação.

A partir dos relatos, buscamos identificar núcleos estruturadores do discurso a partir de alguns passos que contemplaram, desde categorias empíricas a categorias teóricas. Primeiramente, buscamos a identificação de

palavras-chave e expressões representativas do tema proferidas pelos entrevistados, as quais foram organizadas em categorias específicas. Tendo em vista que os enunciados dessa categoria ainda se encontram mais próximos da linguagem objeto, tais categorias foram agrupadas, por sua vez, em categorias gerais, mais próximas de uma linguagem teórica e, portanto, possibilitadora de interpretação dos discursos proferidos pelos diferentes entrevistados. As categorias gerais foram, por sua vez, reagrupadas em núcleos estruturadores dos discursos, tendo em vista a construção de categorias teóricas mais amplas, visando à organização e estruturação dos resultados da pesquisa, assim como a interpretação mais ampla dos discursos, à luz da literatura especializada (MINAYO, 2004).

Na interpretação das narrativas utilizamos uma aproximação à denominada Análise do Discurso (CAREGNATO e MUTTI, 2006), tendo em vista contextualizar os sujeitos investigados, considerando suas categorias profissionais, buscando identificar de que lugar eles falam e captar os sentidos contidos nos respectivos relatos proferidos.

A análise dos discursos apresentados foi subsidiada não somente pela literatura especializada, mas igualmente pelo uso de dados estatísticos referentes aos HCTPs do País e do Estado de São Paulo e outros relativos aos setores da Administração Pública paulista, em especial da Secretaria de Administração Penitenciária e de Saúde, além de pesquisa documental de acórdãos emanados pelo Tribunal de Justiça de São Paulo e pelo Supremo Tribunal Federal, documentos considerados relevantes em pesquisa dessa natureza, notadamente as históricas (BARROS, 2005).

A busca dos acórdãos exarados pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo realizou-se no sítio eletrônico do referido Tribunal, acessando-se o link “Consulta de Jurisprudência” e limitando a pesquisa aos seguintes indexadores: Hospitais de Custódia, Medidas de Segurança, Lei 10.216/01. Em relação aos recursos analisados, devido à especificidade da matéria, encontramos a discussão pertinente em Agravos em Execução e Habeas Corpus, predominantemente. Fixamos a busca entre os anos de

2011 a 2013, para acessarmos as decisões mais recentes do citado Tribunal, em relação à data da elaboração dessa dissertação.

O recurso à literatura especializada para fins da construção do objeto da pesquisa, assim como para fins interpretativos dos relatos dos entrevistados, foi resultado de um estudo bibliográfico sistemático em bases bibliográficas apropriadas, compostos de livros e periódicos, centrado nas contribuições teóricas de autores que abordem a temática da Reforma Psiquiátrica e dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e temas similares e sejam relevantes para a definição do *corpus* do trabalho.

Tendo em vista que no levantamento bibliográfico pudemos identificar diferentes terminologias – em termos simples ou compostos, além de expressões – designando a pessoa com transtornos mentais em conflito com a lei, consideradas muitas vezes discriminatórias, como é o caso do “louco infrator”, optamos pelo uso da expressão “pessoa com transtorno mental em conflito com a lei”, como forma de destacar a prevalência da pessoa sobre o transtorno e por ser a expressão utilizada na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de Março de 2007, promulgada pelo Congresso Nacional, através do Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009, sendo o primeiro e único Diploma internacional sobre Direitos Humanos aprovado pelo Congresso Nacional com força de Emenda à Constituição Federal.

Em relação à alteração dos verdadeiros nomes dos entrevistados, realizamos a mudança utilizando-se de nomes de internos de HCTPs ou de autores de livros, considerados essenciais para a realização do trabalho, que abordam a temática da Reforma Psiquiátrica. Além disso, colocamos as profissões exercidas por cada um dos entrevistados, mas não o Estado da Federação em que trabalham para evitar que pudessem ser identificados, diante da atuação profissional expressiva em seus Estados, em relação à temática, sobretudo os entrevistados de fora de São Paulo.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos envolvidos nesta pesquisa foram baseados na normatização do Conselho Nacional de Saúde, em sua Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP.

A todos os participantes da pesquisa foram disponibilizadas informações atinentes à pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que explicitou os objetivos deste estudo, a fim de obter a autorização prévia por meio de assinatura para participação dos sujeitos em questão.

A pesquisadora compromete-se a utilizar os dados coletados, exclusivamente para fins da pesquisa bem como preservar o anonimato da população em estudo, não utilizando nenhum dado que identifique o sujeito em questão.

Por fim, esclarecemos que a presente pesquisa não conta com incentivo financeiro de agências de fomento à pesquisa ou qualquer outra instituição ou patrocínio. Deste modo, as despesas originadas a partir desta, foram custeadas pela própria pesquisadora.

4 DA ANÁLISE DOS DISCURSOS

4.1 SOBRE OS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO, SUAS CARACTERÍSTICAS E SUA COMPLEXIDADE.

Ao buscarmos analisar os discursos de nossos entrevistados, a questão das características que definem os HCTPs relacionam-se à sua complexidade, tendo em vista a função a que se destinam ou a que deveriam se destinar.

Neste sentido devemos, primeiramente, considerar que a expressão “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” representa a nova designação aos antigos Manicômios Judiciários, advinda da necessidade de adequação legal, uma vez que a Reforma do Código Penal de 1940, ocorrida em 1984 e que entrou em vigência em 1985, através da Lei 7209/84, determinou que o “*lôcus*” de internação para cumprimento das Medidas de Segurança passariam a ter uma nova denominação.

Vale considerar que a nova nomenclatura utilizada pelo legislador exprime a missão institucional pela qual sempre deveria ter-se pautado o cumprimento da Medida de Segurança, uma vez que o legislador enfatizou, como “*direitos do internado*”, ser “*recolhido em estabelecimento dotado de características hospitalares e submetido a tratamento*”³.

O conceito de Medida de Segurança, sob o aspecto jurídico penal, segundo a maior parte dos juristas⁴, nos remete à definição de sanção penal aplicada aos inimputáveis ou semi-imputáveis⁵, visando a prevenir a prática

---

³ Conforme artigo 99, do Código Penal.

⁴ Nesse sentido: Nucci (2007, p. 479), Noronha (1987, p. 298) e Frederico Marques (1999, p. 29).

⁵ A imputabilidade é definida como a capacidade de entendimento psíquico do caráter ilícito do comportamento delituoso, de acordo com o que prevê o artigo 26, *caput*, do Código Penal Brasileiro, conforme exposto na Introdução.

de novos delitos e conferir tratamento curativo, delineando a sua dupla finalidade legal, a partir do conceito de “periculosidade”.

Cohen (1996) define medida de segurança como a forma legal que a Justiça encontrou para tratar dos doentes mentais que praticaram infrações penais, uma vez que o doente mental não pode ser considerado legalmente como criminoso, mas também não se pode negar que ele foi infrator da lei.

Assim, o legislador, ao empregar a expressão “Hospital”, definido, como “*estabelecimento onde se recebem e se tratam doentes*”⁶, busca dar uma nova conotação, quando o que deveria prevalecer seria perspectiva terapêutica da Medida de Segurança.

Nesse sentido, a nomenclatura empregada seria – ou deveria ser - a expressão, de fato, das ações a serem desenvolvidas no âmbito dos HCTPs.

Todavia, a expressão ‘custódia’, que designa o “*estado de quem é preso pela autoridade policial, para averiguações, ou conservado sob segurança e vigilância, como medida de preservação, prevenção ou proteção*”, é empregada antes da expressão “*tratamento psiquiátrico*”⁷. A colocação topográfica, apesar de não ser essencial à hermenêutica jurídica, é bastante significativa, ao nos remeter à ideia de que o elemento custodial é prevalente sobre o elemento terapêutico.

Vale considerar igualmente que, em sua denominação legal, as ações de saúde foram balizadas pela expressão “tratamento psiquiátrico”, anunciando uma perspectiva médica e seu “saber psiquiátrico”, como forma reducionista de tratamento em saúde, que conforme veremos, dentro das dinâmicas jurídica e institucional acaba por gerar um “poder psiquiátrico”, tão bem definido por Foucault (2006).

A mudança de nomenclatura não representou ruptura do modelo asilar existente nos Manicômios Judiciários. Mattos (2006) afirma que se tratou de mera mudança de rótulos.

---

⁶ Dicionário Michaelis

⁷ Dicionário Michaelis

Na sua denominação legal já se impõe o binômio custódia e tratamento psiquiátrico, que nos traz um permanente desafio na sua equalização, uma vez que o “tratamento psiquiátrico”, muitas vezes, pelo menos no plano pragmático, tem sido negligenciado.

Essa questão, que se desenha como problema complexo, é apontada por nossos entrevistados.

“Os hospitais de custódia não são hospitais, eles são mais estabelecimentos penais e o funcionamento deles é um funcionamento que é um misto de cadeia e ala [...]. Eu acho que eles não funcionam, eles não atendem à função a qual eles foram determinados, mas a estrutura do hospital de custódia, ela envolve sim, medicamentos, ela envolve sim, atividades de terapia educacional, ela envolve sim, consulta. Ela envolve uma série de coisas que a aproximaria de um hospital” (Michel, Psicólogo).

“As pessoas que estão na SAP não estão preparadas para administrar cidadãos submetidos à medida de segurança. O modelo atual é muito ruim, porque é um misto de cadeia com remédio. Não chega a ser, está longe de ser um hospital e, o elemento cadeia, acaba se sobrepondo ao elemento tratamento. Enquanto isso persistir não há perspectiva nenhuma de melhora” (Raul, Advogado).

Nas falas de Michel e Raul podemos observar as características de que se revestem os HCTPs, ou seja, enquanto para o primeiro trata-se de ‘*misto de cadeia e ala*’, para o segundo é ‘*misto de cadeia com remédio*’, remetendo-nos a um lugar híbrido, onde há a coexistência do caráter custodial com o terapêutico.

A existência desse binômio custódia/ tratamento ou cadeia/hospital, com a predominância elemento custodial terapêutico mostra-se ineficiente para que os HCTPs atendam “*a função a qual eles foram determinados*”, conforme relata nosso entrevistado Raul.

As falas dos entrevistados ilustram que o HCTP ou Manicômio Judiciário é uma instituição híbrida, de difícil definição, uma vez que há a existência de dois conceitos diferentes a respeito do mesmo espaço social: o hospício-prisão, onde o que se torna inequívoco é o conflito entre as duas

esferas de intervenção social, fazendo com que haja a superposição (e não justaposição) do modelo jurídico-punitivo ao modelo psiquiátrico-terapêutico, conforme demonstrado por Carrara (1998).

A hegemonia do caráter custodial dentro dos HCTPs faz com que ele seja incapaz de atingir os objetivos terapêuticos a que se propõe.

Esse espaço social permeado por essa dicotomia permite-nos considerar, a partir das considerações de Maciel (1999) e Reis (2010) que, o conceito de instituição total tecido por Erving Goffman⁸, não consegue explicar satisfatoriamente as complexidades existentes nos HCTPs, uma vez que Goffman cunhou tal conceito a partir da análise da prisão e do manicômio, enquanto espaços distintos. Entretanto, os Manicômios Judiciários representam a combinação desses espaços diferenciados em um só, reunindo características peculiares: é um espaço prisional/asilar e penitenciário/hospitalar.

A fala de Michel, nosso entrevistado, aborda, como observamos, essa ambivalência ao nos apontar que *‘os hospitais de custódia não são hospitais, eles são mais estabelecimentos penais’*, destacando que há elementos indicativos de tratamento em saúde o que *“nos aproximaria de um hospital”*. Aproximar é *‘fazer que (uma coisa) fique ou pareça estar perto de (outra)’*⁹, ou seja, o HCTP parece ser um hospital, mas não o é. É estabelecimento penal.

Em termos legislativos, os HCTPs são enquadrados na Lei de Execução Penal, no Título IV, que trata dos “estabelecimentos penais”.

Mas são estabelecimentos penais, onde se pretende desempenhar uma função terapêutica, ficando assim situada em uma fronteira interinstitucional – Justiça e Saúde – nisso consistindo o desafio para o cumprimento de sua real função, dada a complexidade de que se reveste, conforme afirma, igualmente, Reis (2010).

---

⁸ GOFFMAN (2010) em sua obra “Manicômios, Prisões e Conventos”.

⁹ Dicionário Michaelis

A realidade institucional atual dos Manicômios Judiciários indica que sob a determinação da figura das Medidas de Segurança se amontoam pessoas que vivem num espaço real e simbólico, em que se cotejam, sem limites precisos, os mais diversos fenômenos pertencentes ao que no século XIX se denominavam o crime, a loucura e o vício (REIS, 2010, p. 14).

A caracterização do HCTP como estabelecimento penal também é mencionada por outros entrevistados, tais como Nise, Joel, Silvio, Franco e Maria Clementina:

Os HCTPs eram todos assim, lamentavelmente não pareciam nem hospitais, realmente era como se fossem assim, prisões (Nise, Sub Procuradora Geral da República).

Quando eu visitei os HCTPs eram ‘casa de guardar gente’ mesmo (Joel, Procurador da República).

Não conheço a realidade dos hospitais de custódia de perto, mas posso afirmar que os hospitais, assim como a Unidade Experimental de Saúde são lugares de contenção [...] onde não há uma perspectiva terapêutica (Silvio, Psicólogo).

O hospital de custódia, esse tipo de instituição é péssimo. É uma instituição que por si só é violenta, por si só estigmatiza a pessoa que está lá. São instituições que já nem deveriam mais existir (Maria Clementina, Psicóloga).

Nise menciona que os HCTPs *‘não pareciam hospitais e sim prisões’*, apontando-nos que, em sua aparência, os HCTPs não apresentam elementos caracterizadores do ambiente hospitalar, mas sim do ambiente prisional. Joel o assemelha a uma *‘casa de guardar gente’* e Silvio, de que *‘são lugares de contenção’*, indicando que o HCTP é um local de encarceramento.

As narrativas apresentadas permitem-nos reafirmar o aspecto custodial e segregatório dos HCTPs, definidos, na *práxis*, como locais onde se inflige ao indivíduo uma “punição” pelo cometimento de um delito,

fazendo com que a medida de segurança seja na sua essência, apenas, um dispositivo punitivo.

Zaffaroni e Pierangeli (2004) sustenta ser a medida de segurança uma forma de pena, pois, toda privação de liberdade, por mais terapêutica que seja, para quem a sofre não deixa de ter um conteúdo penoso, no qual o que se deve ser notado é o efeito gerado e não o nome dado.

A narrativa de nossos entrevistados acima é a de que o cumprimento de medida de segurança nos HCTPs gera uma dupla segregação, pois como “loucos”, devem estar nos asilos e, como “criminosos”, devem estar nas prisões, onde pessoas acabam apartadas de seu meio social para estarem em um local que não os enxerga como pessoas singulares, mas os vê como desiguais, restando-lhes o duplo estigma de “louco infrator”, que necessita ser “contido” na sua loucura e na sua criminalidade para proteção da sociedade.

Maria Clementina, em sua fala, revela que o HCTP é *‘uma instituição que por si só é violenta, por si só estigmatiza a pessoa que está lá’*, apontando-nos que as pessoas enviadas aos HCTPs, como locais de encarceramento, passam a sofrer os efeitos adversos da violência e da estigmatização.

Para Goffman (2008) o estigma, como atributo profundamente depreciativo, tem como efeito o descrédito; pode ser considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem, representando algo de mal, que deve ser evitado; uma ameaça à sociedade, isto é, uma identidade deteriorada por uma ação social. A sociedade estabelece um modelo de categorias e tenta catalogar as pessoas conforme os atributos considerados comuns e naturais pelos membros dessa categoria. As pessoas com transtorno mental em conflito com a lei são, assim, catalogadas como “loucos” e “infratores”, sujeitas ao duplo estigma dessas categorias.

Mattos (2006) demonstra que, desde a sua criação, a medida de segurança só trouxe segregação e desespero para a qual os manicômios representavam – e seguem representando ainda hoje – uma segregação especial dentro do modelo prisional. Uma segregação de segundo grau, uma

vez que são submetidos a uma medida de segurança que se caracteriza por uma dupla exclusão revestida de tratamento.

Nas palavras de Bubu, poeta com 12 internações psiquiátricas, o Manicômio Judiciário representa:

A casa dos mortos
das vidas sem câmbios lá fora.
- Cena 3 deste filme-documentário
do mesmo destino de sempre;
é que aqui é a casa dos mortos!
(Bubu, A Casa dos Mortos) ¹⁰

Diante dessas considerações, parece-nos bastante significativa a afirmação de Szasz, citada por Carrara (2010, p. 27) de que “para o ‘paciente-delinquente’ não existe nem absolvição para a sua culpa, nem tratamento. Isso não é mais que um método cômodo para ‘se livrar’ de indivíduos que apresentam certos comportamentos antissociais”.

---

⁹ A Casa dos Mortos, ImagensLivres/Ministério da Saúde, 2009.

4.2 DA HEGEMONIA DO MODELO JURÍDICO INSTITUCIONAL NOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: SÃO PAULO COMO CASO REPRESENTATIVO DA REALIDADE BRASILEIRA.

4.2.1 A lógica carcerária na organização e funcionamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Caracterizando o HCTP como estabelecimento penal, as falas de nossos entrevistados apontam indicativos como, por exemplo, superlotação, falta de vagas, existência de mutirões, emprego de expressões típicas do sistema penitenciário, além de maior preocupação com os recursos humanos do “setor de segurança e disciplina”, que ilustram o fato de que a organização e funcionamento do HCTP reproduzem a lógica carcerária.

O recurso a alguns dados estatísticos disponíveis sobre os HCTPs de São Paulo permitem-nos melhor compreensão da magnitude de que se revestem os indicadores sinalizados pelos nossos entrevistados.

Sob a governabilidade da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado, Coordenadoria de Saúde, temos, atualmente, a existência de três HCTPs em São Paulo¹¹:

- 1) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Professor André Teixeira Lima” (HCTP I de Franco da Rocha) com pessoas em regime fechado, preso provisório, semiaberto e medida de segurança¹², sendo 501 homens internados para 465 vagas e 74 mulheres

---

¹¹ As informações referentes aos números de vagas e internos em cada Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de São Paulo estão disponíveis no site da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo em <http://www.sap.sp.gov.br/Acesso> em 11 de abril de 2013.

¹² A descrição sobre pessoas em regime fechado, preso provisório e semiaberto foi retirada do sítio da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo em <http://www.sap.sp.gov.br/Acesso> em 11 de abril de 2013.

internadas para 50 vagas. Na ala de desinternação progressiva feminina, há 50 vagas, mas apenas 1 mulher ocupa essa ala.

- 2) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II, de Franco da Rocha, com pessoas internadas em regime de medida de segurança, sendo 28 mulheres para 22 vagas e, na ala de desinternação masculina, temos 212 homens para 188 vagas.
- 3) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Arnaldo Amado Ferreira” (HCTP de Taubaté), com pessoas internadas em regime de medida de segurança, sendo 263 pessoas para 184 vagas (não há informação sobre sexo).

Assim, em 11/04/2013, no Estado de São Paulo, segundo dados obtidos no sítio da Secretaria de Administração Penitenciária, tínhamos um total de 1078 pessoas internadas em Hospitais de Custódia Tratamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo, para um total de 959 vagas.

Mas há um dado que não é considerado nessas estatísticas: a fila de espera por uma vaga nos HCTPs paulistas, embora tal fato não pareça ser uma realidade apenas em São Paulo.

O Conselho Nacional de Justiça (2011) destacou que:

Há uma lista de cerca de 900 (novecentas) pessoas ou aguardando a realização de exame de insanidade mental nos processos de conhecimento, ou a realização de exame de cessação da periculosidade, às vezes sem nunca ter recebido sequer o tratamento adequado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) (CNJ, 2011, p.30).

Em relação aos funcionários públicos na ativa, que integram os quadros da SAP, para a distribuição em 156 estabelecimentos, sob sua governabilidade, temos o seguinte quadro¹³:

¹³ Os dados para a formulação do quadro foram obtidos no sistema Infopen do DEPEN (Departamento Penitenciário Nacional), Ministério da Justiça, a partir da pesquisa ano a ano. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7BD574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896%7D&Team=&params=itemID=%7BC37B2AE9-4C68-4006-8B16-24D28407509C%7D&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>. Acesso em 11 de abril de 2013.

Quadro 01 – Funcionários Públicos na Ativa segundo categorias profissionais da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, período 2008 a 2012.

Funcionários Públicos na Ativa	Dezembro de 2008	Dezembro de 2009	Dezembro de 2010	Dezembro de 2011	Dezembro de 2012
Apoio administrativo	Não há dado	1862	3511	3578	3837
Agentes penitenciários	26332	25583	22929	23192	22967
Enfermeiros	105	115	204	183	205
Auxiliar e técnico de enfermagem	423	432	644	606	616
Psicólogos	287	292	310	318	386
Dentistas	129	149	157	148	161
Assistentes sociais	344	341	376	366	381
Médicos-clínicos gerais	141	149	140	98	89
Médicos - psiquiatras	87	84	79	61	48
Médicos- ginecologistas	2	2	1	2	4
Pedagogos	0	0	0	0	0
Professores	0	0	0	0	0
Terapeutas ocupacionais	2	2	6	3	3

Fonte: Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen – do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça, 2013.

Segundo dados da Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo, em fevereiro de 2013, havia na Secretaria de Administração Penitenciária o total de 155 médicos: 5 no Hospital de Franco da Rocha I, 3 no Hospital de Franco da Rocha II e 2 no HCTP de Taubaté.¹⁴

No Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) do Ministério da Saúde, constava, em fevereiro de 2013, a existência de duas Equipes de Atenção a Saúde (Sistema Penitenciário) no Município de Franco da Rocha, uma em Hospital Especializado. No

¹⁴Disponível em <https://www.fazenda.sp.gov.br/SigeoLei131/Paginas/DDPEEscolhaConsulta.aspx>. Acesso em 11 de abril de 2013.

Município de Taubaté não há equipes de saúde em Hospitais especializados¹⁵.

O já citado Relatório do CNJ, referente ao Mutirão Carcerário do Estado de São Paulo (2011, p. 25), aponta que *“o número de profissionais da saúde que se encontram vinculados à Secretaria de Administração Prisional – SAP - é absolutamente insuficiente para cobrir os mais de 160 estabelecimentos sob sua administração”*.

A fala de nossos entrevistados corrobora esse cenário de superlotação e falta de funcionários na área de saúde.

A falta de vagas ainda continua crônica [...] e a demanda de pessoal também é precária (João, Procurador Geral de Justiça).

Os hospitais estão superlotados, não há médicos, nem funcionários e mesmo medicamentos suficientes (Mauricio, Promotor de Justiça).

Imagina que o manicômio judiciário, o Hospital de Custódia de Franco da Rocha, deve estar entre 500 e 600 pacientes; e não tem médico plantonista 24 horas; deve ter um médico para cada 60/70 pacientes, o que é absurdamente grande o número. Em Taubaté se tiver dois médicos é muito. Então, é mentira que existe tratamento dentro do hospital de custódia (Franco, Médico Psiquiatra).

As narrativas de nossos entrevistados permitem, ao lado dos dados estatísticos, sustentar a existência de um panorama de precariedade de funcionários e materiais adequados, bem como de uma superlotação, como no caso dos presídios.

A questão da superlotação permeia o sistema penitenciário paulista como um todo, uma vez que a taxa de ocupação dos presídios paulistas é de 1,61 presos/vaga, havendo um déficit de vagas de 69.000, no ano de 2011¹⁶.

¹⁵ Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 11 de abril de 2013.

¹⁶ Dados disponíveis em <http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/detentos-e-exdetentos/geopresidios-page>. Acesso em 15/03/2012.

Em relação aos HCTPs, a questão da superlotação é vista como um dos elementos, dentre muitos outros, que nos apontam que o aspecto terapêutico ocupe um lugar secundário na dinâmica institucional (PERES, 1998), uma vez que afeta diretamente a qualidade do serviço de saúde prestado.

A qualidade do serviço de saúde prestado torna-se ainda mais deficitária diante da falta de funcionários da área de saúde. Mauricio assinala que *‘não há médicos, nem funcionários, nem medicamentos suficientes’* e Franco que, no HCTP de Franco da Rocha, *‘deve ter um médico para 60/70 pacientes, o que é absurdamente grande’*.

O cruzamento dos dados estatísticos indicados acima, em relação ao mês de fevereiro de 2013, mostra a relação de 115 pacientes/médico no HCTP I de Franco da Rocha, 80 pacientes/médico no HCTP II de Franco da Rocha e 131,5 pacientes/médico no HCTP de Taubaté. A Portaria nº 251/GM, do Ministério da Saúde, de 31 de janeiro de 2002, estabelece a existência de, no mínimo, 1 médico psiquiatra para 40 pacientes no Hospital Psiquiátrico.

A superlotação, a falta de recursos materiais e humanos na área de saúde contrapõe-se a um maior investimento no setor de segurança do HCTP, potencializando o seu funcionamento carcerário.

A entrevistada Maria Clementina nos aponta o aspecto de privilegiar a contratação dos chamados agentes penitenciários, em detrimento dos profissionais da área de saúde.

O grande efetivo era da segurança. A Secretaria sempre investiu na segurança. Então assim, era mais fácil você ver contratação de agentes penitenciários do que de outros profissionais, mesmo da área administrativa (Maria Clementina, Psicóloga).

A fala de Maria Clementina revela-nos o investimento na contratação de agentes penitenciários por parte da Secretaria de

Administração Penitenciária de São Paulo, categoria profissional que tem a função de vigiar, evitar fugas e manter a ordem.

A valorização do setor de segurança revela a preocupação com o lado de manutenção da força e vigilância e a opção de uma administração mais carcerária, do que preocupada com os aspectos terapêuticos que permeiam o hospital, algo demonstrado por Mamede (2006) e Musse (2008).

Um elemento que permite evidenciar essa predominância do aspecto carcerário são os dados obtidos no sítio da Secretaria da Administração Penitenciária de São Paulo, no dia 14/04/13, sobre nomeações ou posses de funcionários públicos na SAP, no período de 01/05/2010 a 07/03/2013.

Em tal período foram nomeados, ou tomaram posse, os seguintes funcionários: 1162 analistas ou oficiais administrativos, 4828 agentes de escolta, agentes de vigilância penitenciária ou agentes de segurança penitenciária, 3 engenheiros, 103 assistentes operacionais (motoristas). Na área de saúde foram contratados 903 funcionários, sendo 22 cirurgiões dentistas, 84 psicólogos, 229 enfermeiros, 04 terapeutas ocupacionais, 60 médicos (sendo 8 psiquiatras), 15 nutricionistas, 129 assistentes sociais e, os demais cargos, de técnicos em saúde com ensino médio, ou seja, somente 13% eram ligados à área da saúde¹⁷.

Se considerarmos que no Estado de São Paulo há 156 estabelecimentos prisionais¹⁸, incluindo os HCTPs, e supormos que ocorresse uma distribuição equânime desses funcionários em cada um deles, teríamos, para cada estabelecimento cerca de 30 novos agentes ligados à segurança, 1,5 enfermeiros para cada, apenas metade dos estabelecimentos receberia 1 psicólogo e apenas 38% dos estabelecimentos teriam novos médicos.

---

¹⁷ Dados obtidos em 23 de abril de 2013 no sítio da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo em relação aos Comunicados do DHRU (Departamento de Recursos Humanos) e somados pela própria pesquisadora, a partir da listagem de nomeações e posses de novos servidores.

¹⁸ Número de estabelecimentos prisionais, conforme informação no sítio da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. Acesso em 23 de abril de 2013.

Diante de um cenário de escassez de recursos materiais e humanos, que privilegia a contratação de funcionários ligados à segurança e uma organização carcerária, a fala de Maria Clementina revela-nos a questão do desvio de função:

Tanto é que tem os [casos] famosos, que ninguém fala, mas é um dado de realidade, é o desvio de função. O cara assume como agente de segurança, mas na verdade ele desempenha uma função completamente diferente daquilo que ele assumiu. Então, se aproveitava muito, por exemplo, se tinha um agente de segurança com formação em psicologia, com formação em direito, com formação em serviço social, com experiência em finanças... Então, ia tudo para desvio de função (Maria Clementina, Psicóloga).

O desvio de função é prática cada vez mais comum na Administração Pública. Dentro do cenário de um hospital-presídio, em que há mais contratações de agentes penitenciários do que funcionários da área de saúde, a solução aventada foi alocar os agentes penitenciários com formação superior para a ocupação de funções para os quais não estavam designados ou até mesmo preparados.

Sá (1985), ao realizar comparações estruturais e de recursos humanos entre o Manicômio Judiciário e a Penitenciária de Araraquara afirma:

Num modelo basicamente estruturante de organização, como o que adotado pela administração pública direta no Estado de São Paulo, tal omissão reforça composições inadequadas de recursos humanos e aumenta, em consequência, a distorção e desvio de servidores (SÁ, 1985, p. 392).

No estudo realizado por Dantas e Chaves (2007) com os guardas prisionais (ou agentes penitenciários como são designados no estado de São Paulo) do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe, os autores demonstram que alguns se sentem impelidos a “assumir” outros papéis e a preencher as lacunas institucionais devido ao fato de conviverem

com pessoas em tratamento, além de se depararem continuamente com a falta de atendimento às demandas locais, por parte do Estado.

O fato que pode ser constatado é que o déficit de funcionários ligados à saúde leva a distorções e improvisações “caseiras” para suprir uma falha estatal.

Outro aspecto a ser considerado, dentro dessa predominância carcerária, é a questão da “fila de espera” para disponibilização de vaga em um dos Hospitais de Custódia do Estado de São Paulo.

A legislação prevê no artigo 150, §1º, do CPP, o prazo de 45 dias para a realização do laudo para verificação de sua sanidade mental, podendo levar mais tempo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo. Enquanto aguarda a realização do exame médico-legal, se estiver preso, deverá estar no HCTP.

Entretanto, as pessoas continuam privadas de liberdade em estabelecimentos prisionais comuns, como Delegacias e Centros de Detenção Provisória¹⁹, diante da falta de vagas nos HCTPs e da falta de peritos psiquiatras para a realização dos exames, o que constitui absoluta ilegalidade. O Superior Tribunal de Justiça (STJ) entende que configura constrangimento ilegal a submissão do réu ao cumprimento de pena em presídio comum, quando lhe foi imposta medida de segurança de internação²⁰.

No Estado de São Paulo, o Tribunal de Justiça, em 2008, inaugurou o Projeto “Força-Tarefa nas Execuções Criminais”, com o objetivo de analisar processos no âmbito das execuções criminais do Estado, como forma de minimizar o problema da “fila de espera”.

Tais questões encontram-se nas falas a seguir:

---

¹⁹ No Estado de São Paulo, os Centros de Detenção Provisória (CDP's) são os locais destinados ao recebimento dos presos provisórios, ou seja, daqueles que respondem presos aos seus processos e ainda não possuem uma sentença definitiva, embora, devido à falta de vagas nos diversos estabelecimentos prisionais estaduais, é comum que um preso que já possua sentença condenatória continue em um CDP.

²⁰ (HC 207.019/SP, Rel. Ministro GILSON DIPP, QUINTA TURMA, julgado em 18/08/2011, DJe 31/08/2011) A insuficiência de recursos do Estado e a gravidade do delito praticado não servem como fundamentação idônea a ensejar a manutenção do paciente em regime prisional comum, quando lhe foi imposta medida de segurança.

Nós fizemos o mutirão, pedimos para fazer o mutirão, tivemos que pedir ao juiz, para o juiz autorizar, pedir ao secretário, para o secretário autorizar, que fizéssemos um mutirão para que essa ilegalidade de ter paciente em presídio comum acabasse. A gente precisava de um espaço para colocar esses pacientes e não conseguimos esse espaço, que ia ser um espaço só para ficarem esses pacientes, separados dos presos, o que é o mínimo, que um paciente com transtorno mental não pode ficar com presos comuns, porque precisa de um tratamento diferenciado dessas pessoas e nós não conseguimos. Mas, pelo menos, conseguimos um espaço dentro do CDP para que a gente pudesse avaliar esses pacientes. Aí fizemos um acordo com o Hospital das Clínicas e começamos a fazer pareceres pela cessação de periculosidade nessas pessoas. Uma grande parte, acho que, talvez, praticamente a maioria dos pacientes, já não necessitavam do tratamento em hospitais psiquiátricos e nem ficarem internados, já podiam continuar seu tratamento em CAPS ou nos próprios ambulatorios (Franco, Médico Psiquiatra).

Agora a fila de espera está de novo com 800 pessoas e então, o que tem sido feito, que daí são peritos que têm um perfil não hospitalar, que não são do hospital de custódia, mas embora eles sejam peritos, todos os da fila de espera vêm para o CDP de Pinheiros, e esses peritos fazem a avaliação lá no CDP, que são pessoas com transtorno mental que estão presas aguardando vaga em hospital de custódia. E aí, nesses casos, há ainda a desinternação – desinternação é ótimo, não é? Porque eles estão presos, eles nunca passaram por tratamento! – mas nesses casos os peritos identificam já muitos pacientes que não precisam de internação, então eles saem do presídio para tratamento ambulatorial, em casa, essas coisas (Carla, Defensora Pública).

Em minha prática, vejo uma demora para a disponibilização das vagas nos Hospitais de Custódia. Enquanto isso, a pessoa fica no CDP, enquanto estão no CDP são medicados, assim como qualquer outro preso, se a pessoa tiver receita médica para uso de medicação, o medicamento entra no CDP sem problemas [...] Tem algo que ocorreu aqui na comarca, por iniciativa da defensoria, todo mérito é da defensoria, tinham 6/7 pessoas em medida

de segurança, a pedido da defensoria autorizei que essas pessoas fossem, ao menos uma vez por mês, atendidas no CAPS. Não dava para ir mais vezes, há um problema na escolta, problemas com a direção do presídio. Quando foi realizado o mutirão, apenas dois permaneceram no CDP, os outros foram liberados (Guilherme, Juiz de Direito).

As narrativas dos entrevistados assinala a chamada “fila de espera” por uma vaga nos HCTPs paulistas. Enquanto esperam a disponibilização dessas vagas, as pessoas com transtorno mental ficam em presídios comuns, delegacias e Centros de Detenção Provisória, lugares para onde são encaminhados os presos comuns.

Segundo dados da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, em 2013, 492 pessoas em cumprimento de medida de segurança estão em presídios comuns, a maioria em Centros de Detenção Provisória, à espera de vaga nos HCTPs e 482 pessoas aguardando vagas em suas residências, uma vez que responderam aos seus processos em liberdade.

A (i) lógica carcerária consiste em termos pessoas esperando para ingressar nos HCTPs, tanto nos presídios, como fora dele. Os que aguardam “presos” estão em estabelecimentos penais comuns, são vítimas de mais uma ilegalidade, uma vez que o artigo 96, I e 99, do CP determina que à falta de HCTP, o indivíduo seja encaminhado a outro estabelecimento adequado dotado de características hospitalares. Os que aguardam a vaga fora dele, esperam para ingressar em um estabelecimento que não cumpre a finalidade que lhe foi destinada, não se cogitando o tratamento ambulatorial previsto no artigo 96, II, do CP que poderia ser realizado em rede extrahospitalar.

Em relação aos que aguardam a vaga no HCTP em presídios, as falas dos entrevistados apontam dois aspectos antagônicos da lógica carcerária.

Observamos iniciativas, como a mencionada por Guilherme, que denota uma forma de amenizar a total desassistência em saúde das pessoas que aguardam vagas nos HCTPs, encaminhando-as para

tratamento no CAPS do município. Entretanto, tal iniciativa desvirtualiza a essência do estabelecimento extrahospitalar, que foi idealizado para um atendimento em saúde em meio aberto, e, nesse contexto, torna-se tratamento emergencial dentro de uma perspectiva manicomial.

A iniciativa encontrou barreiras institucionais próprias do sistema penitenciário, como o problema da escolta, assim como relativos à direção do presídio.

Uma saída paliativa para o quadro de superlotação e espera de vagas, conforme observamos nos relatos, é a realização de mutirões. A narrativa dos entrevistados Franco e Carla aponta a realização dos mutirões como forma de buscar amenizar a ilegalidade existente na manutenção de pessoas submetidas a medidas de segurança em presídios comuns.

A previsão normativa para os denominados “mutirões carcerários” está prevista na Resolução Conjunta nº 01, de 29 de setembro de 2009, do Conselho Nacional de Justiça e Conselho Nacional do Ministério Público, institucionalizando *“mecanismos de revisão periódica das prisões provisórias e definitivas, das medidas de segurança e das internações de adolescentes”*, com *“periodicidade mínima anual”*, para a *“revisão da legalidade da manutenção das decisões que decidiram pela privação de liberdade”*.

As narrativas apresentadas relatam a existência de uma dificuldade logística para a realização dos mutirões, uma vez que as pessoas em medida de segurança encontravam-se em cidades espalhadas pelo estado, não havendo um lugar único que pudesse abrigá-las provisoriamente.

Diante desse quadro, a solução foi encaminhar todas as pessoas submetidas à medida de segurança para o Centro de Detenção Provisória de Pinheiros para que os laudos de cessação de periculosidade pudessem ser realizados.

A adoção dessa logística, mencionada por nossos entrevistados, foi constatada pelo Mutirão Carcerário realizado pelo CNJ:

Nesse sentido, houve notícia de que pacientes judiciários foram transferidos do interior do Estado para o CDP de Pinheiros, na Capital, para que lá fossem submetidos aos exames médicos, quando o ideal é que a equipe do mutirão – inclusive médicos – se deslocasse aos locais de internação (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2011, pág.30).

Entretanto, o entrevistado Mauricio questiona a realização dos chamados Mutirões para a realização dos laudos de cessação de periculosidade :

É, nós estamos, como eu te disse, com superlotação dos estabelecimentos. E para criação de vagas eles criaram uma força tarefa a questão de um ano atrás [...] O preso, ele é transportado do interior para São Paulo, ele permanece um dia aqui, num determinado estabelecimento, onde ele é avaliado durante esse dia. Eu acho que esse tipo de comportamento, esse tipo preso, ele tem que ser avaliado dentro de um período, ele tem que ser internado para ser avaliado; essa avaliação momentânea me parece perigosa, me parece uma avaliação feita muito mais para esvaziar a cadeia do que para avaliar a periculosidade do paciente (Mauricio, Promotor de Justiça).

A fala de Mauricio assinala que, no seu entender, a prática dos Mutirões não é realizada de maneira adequada, uma vez que a avaliação pericial é feita em um único dia e realizada como forma de 'esvaziar as cadeias', o que pode ser prejudicial à avaliação da 'periculosidade do agente'. Entretanto, diante da falta de vagas nos HCTPs, permitir que a pessoa submetida à medida de segurança continue em presídios comuns, representa uma violação de seus direitos, devido ao não funcionamento adequado do sistema jurídico e institucional.

Para melhor compreendermos a dimensão da violação de direitos a que estão submetidas as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, transcrevemos um trecho de acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que aponta a espera por uma vaga há mais de 2 anos e ainda estava sob o nº 426 da "lista de espera" por uma vaga no HCTP:

Consoante informações mais recentes, contidas na folha de antecedentes criminais do paciente, que ora se junta, verifica-se que este permanece recolhido em regime fechado na Cadeia Pública de Limeira, aguardando transferência para Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico há mais de 2 dois anos, posto que a decisão que converteu suas penas para medida de segurança de internação se deu aos 10/02/2011.

(...)

Constata-se, portanto, que o paciente está aguardando por tempo acima do razoável sua transferência para estabelecimento adequado, situação que viola seu direito de cumprir a medida de segurança que lhe foi imposta, certo, ainda, que não há previsão de data para efetivação da transferência, já que a Secretaria da Administração Penitenciária, em Setembro de 2012, informou que o sentenciado encontrava-se sob n° 426 da Listagem Cronológica Oficial (grifos nossos).²¹

Já a entrevistada Maria Clementina assinala outro aspecto a respeito da fila de espera e dos mutirões:

E sempre tem uma fila de espera. Sempre vai ter doido no mundo e sempre vai ter doido que faz delito, então, vamos pensar neles [...] por que existe uma falha toda, porque, o que a gente vê é que uma boa parte, se tivesse tido um tratamento adequado, não teria ido parar lá (Maria Clementina, Psicóloga).

Maria Clementina aponta um aspecto preventivo, ou seja, de que o cometimento do delito poderia ter sido evitado com um tratamento adequado, algo já aventado por Mamede (2006) de que antes do cometimento de um crime, há um núcleo adoecido no indivíduo, o que poderia representar a falha dos serviços de saúde prestados, levando à atuação da área da segurança pública.

A entrevistada Nise, em relação a ações preventivas de saúde, afirmou:

O que preponderou sempre, nas discussões [realizadas nos fóruns sobre os HCTPs], é que valeria a pena a gente

²¹ 11a Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo. Habeas Corpus nº 0193597-17.2012.8.26.0000.13 de março de 2013. Relatora Designada MARIA TEREZA DO AMARAL. Disponível em <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsq/getArquivo.do?cdAcordao=6681686&vCaptcha=nYDpi>. Acesso em 11 de abril de 2013.

investir, cobrar as políticas públicas, tanto federais como estaduais, municipais, se fosse o caso, para melhorar como um todo o sistema de prestação de saúde no nosso país, para todos, para todas as pessoas...E aí, com os terapeutas ocupacionais, com um número suficiente de psicólogos e psiquiatras (Nise, Sub Procuradora Geral da República).

O que se delineia com as falas de Maria Clementina e Nise é a necessidade do investimento em políticas públicas voltadas à promoção e prevenção em saúde mental, uma vez que elas são escassas, conforme apontam Correia, Lima e Alves (2007), pois isso teria uma implicação direta na questão do cometimento de crimes.

No mesmo sentido, a pesquisa realizada por Fialho e Kolker (2006) no Estado do Rio de Janeiro, constatou que “grande parte dos pacientes internados no HCTP nunca chegou a ser acolhida na rede SUS, ou recebeu apenas assistência descontínua, em geral durante internações psiquiátricas” (FIALHO e KOLKER, 2006, *apud* GENTIL, 2012, p. 75).

Gentil (2012), ao analisar os prontuários dos internos na Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal, demonstra que em 60% dos casos ocorreu a passagem por “alguma instituição de cuidado em saúde ou de atenção socioeducativa”, concluindo que esse dado poderia ser representativo da “dificuldade e possível insuficiência no cuidado desses casos que apresentariam maior complexidade” e indicaria ainda, que “esses indivíduos estavam de alguma forma demonstrando o seu sofrimento psíquico e/ou sua vulnerabilidade social” antes do cometimento do crime (GENTIL, 2012, p.77).

Nessa mesma seara segue a Organização Mundial de Saúde (2001, p. 129) assinalando que “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”, o que demandaria um investimento no setor da saúde como um todo, como forma de solucionar os problemas relacionados com transtorno mental e a prática de delitos.

Outra característica reveladora da lógica carcerária consiste no uso de expressões legais e mecanismos punitivos administrativos destinados, exclusivamente, às penas privativas de liberdade.

O sistema progressivo de cumprimento de pena privativa de liberdade (e não medida de segurança), com a determinação dos regimes fechado, semiaberto e aberto está previsto no artigo 32, do CP e artigo 112, da LEP. Existe, também, a previsão legal para a aplicação de sanções, entre elas advertência verbal, repreensão, suspensão ou restrição de direitos, isolamento na própria cela, ou em local adequado e inclusão no regime disciplinar diferenciado, para os condenados a pena privativa de liberdade que cometerem faltas disciplinares graves, conforme artigos 49, 50 e 53, da LEP.

Nesse sentido, a reprodução da lógica carcerária assinalada acima, poderia ser exemplificada, através de notícia veiculada no site da Secretaria de Administração Penitenciária do estado de São Paulo, em 27/07/07, e intitulada *“HCTP II de Franco da Rocha é modelo de administração”*²², onde há uma analogia entre regimes de cumprimento de pena e possíveis medidas terapêuticas adotadas para o tratamento das pessoas em medida de segurança.

Quem chega ao Km 45 da Rodovia Luiz Salomão Chama, Parque Industrial em Franco da Rocha - SP e é atendido pelo agente de segurança no largo portão de alambrado pode até pensar que errou o endereço do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha. Com ares de chácara do interior, o hospital tem tudo para passar despercebido aos menos avisados, pois, de longe – e de perto também – nada lembra um hospital, onde cerca de 200 homens, **condenados pela justiça em medida de segurança cumprem suas penas**. Hoje funcionam como Ala de Desinternação, **uma espécie de regime semiaberto** para pessoas julgadas inimputáveis, **que já cumpriram um determinado tempo da pena no HCTP I (regime fechado)**, também localizado no município, e que após um período de tratamento, expedição de laudos médicos, psicológicos e psiquiátricos **foram considerados de baixa periculosidade, o que lhes deu o direito de progredir de regime** e, conseqüentemente, serem enviados à unidade de desinternação, por determinação judicial.

²² Disponível em <http://www.sap.sp.gov.br/common/noticias/0200-0299/not271.html>. Acesso em 11 de abril de 2103.

Eles são distribuídos em quatro **pavilhões** que ficam dentro de uma pequena muralha; já o quinto alojamento está em frente a um amplo jardim e ao lado do prédio administrativo, estes sem qualquer muro ou alambrado. “Aqui o índice de evasão é baixíssimo, pois tratamos os pacientes conforme as orientações dos profissionais de saúde”, afirma o Diretor do Núcleo de Disciplina, Renato de Souza Soares. “Isso faz com que eles compreendam que, se abandonarem e forem recapturados, **serão penalizados com a regressão de regime** e que, somente novos laudos médicos e autorização judicial os trarão de volta à Ala de Progressão”, explica.

As expressões empregadas na notícia e grifadas acima por nós reforçam a ideia de que o cumprimento das medidas de segurança nos HCTPs paulistas encontra-se em um cenário permeado por uma lógica carcerária, regida notadamente pela ideia de castigo. O inimputável ao ser absolvido e submetido à medida de segurança passa a ser descrito, em uma notícia oficial, como “condenado pela Justiça”, cumprindo “pena”, delineando-se um tratamento típico do sistema prisional e que desconsidera o aspecto terapêutico da medida de segurança, podendo ser revelador da ideia que permeia o “tratamento” dispensando às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

A narrativa da entrevistada Carla remete à tentativa de impor sanções disciplinares, pelo cometimento de falta disciplinar grave, às pessoas submetidas à medida de segurança, por parte da direção do HCTP de Taubaté.

Essa história de castigar tem bastante, em Taubaté chegou uma fase em que a gente recebia sindicância por falta grave, de pacientes portadores de transtornos ou das pessoas internadas lá no HCTP de Taubaté. E não existe, falar que teve falta grave de paciente portador de transtorno mental(...) e de repente aparece no processo de execução, falta grave com sanção de isolamento. Aí a gente começou a falar que não tem falta grave, que paciente em hospital de custódia não pratica falta grave, que aquilo era um escândalo, e os juízes concordaram, foi uma unanimidade, não teve nenhum problema. Então eles pararam de mandar as sindicâncias. Agora, se eles pararam de aplicar sanções por práticas de faltas graves, isso, só você estando lá para saber. Agora, todas as vezes que eu fui para lá, tinha gente em

isolamento. Nunca me falaram “é porque praticou falta grave”, diziam está em surto. (Carla, Defensora Pública).

No regramento jurídico, a prática da falta disciplinar grave enseja a abertura de um procedimento administrativo por parte da direção do presídio, que o encaminha ao juiz da execução criminal para julgamento e aplicação da sanção cabível prevista em lei.

A aplicação, por analogia *in malam partem*²³, de um procedimento administrativo punitivo às pessoas submetidas à medida de segurança, representa a adição de outro elemento demonstrativo da lógica carcerária hegemônica que permeia os HCTPs paulistas.

A narrativa da entrevistada Carla permite desvelar a ilegalidade da adoção da medida, conforme entendimento dos juízes que julgaram as supostas faltas graves com sanção de isolamento, o que gerou o fim dos pedidos de sindicância, entretanto, a aplicação prática da sanção, não se pode garantir que deixaram de existir.

Há muitos juristas que debatem sobre a possibilidade de estender às pessoas submetidas à medida de segurança, a aplicação de benefícios legais, previstos somente para as pessoas que cumprem penas privativas de liberdade, por *analogia in bonam partem*. Temos como exemplo o instituto da remição, prevista no artigo 126, da LEP, que permite que o preso possa “descontar” parte de sua pena, através do trabalho ou estudo, entre eles Mattos (2006). Entretanto, esses debates ocorrem somente no campo acadêmico, não se vislumbrando tais benesses aos internos dos HCTPs.

Dentro desse emaranhado jurídico, onde não se distingue mais entre pena e medida de segurança, o que prevalece é a lógica carcerária.

O HCTP é um estabelecimento penal (art. 82 da LEP) e como tal se insere no contexto do sistema penitenciário brasileiro e se assemelha a uma prisão, tanto na sua estrutura como no seu funcionamento. A reprodução da lógica carcerária é facilmente comprovada. Há o regime aberto, semiaberto e fechado de “cumprimento” da medida de segurança (MUSSE, 2008, p. 87).

---

²³ Analogia aplicada em prejuízo do réu. Na dogmática penal há o princípio de que é vedada a aplicação da analogia, exceto se for *in bonam partem*, ou seja, a favor do réu.

Assim, a predominância da lógica carcerária permeia o funcionamento e a organização dos HCTPs, nos diversos setores institucionais, e nesse caso, colocar-se ao lado dos pacientes é defender a própria extinção desse tipo de instituição e uma profunda reforma da legislação que a suporta (CARRARA, 2010) ou, nas palavras lúcidas, do poeta Bubu:

E, por falar, também, em lucidez,
sou lúcido e translúcido:
a colunista-articulista Danuza Leão,
no jornal baiano A Tarde, explica:
"Lucidez é reconhecer
a sua própria realidade,
mesmo que isso lhe traga sofrimentos."
Mas, qual, ó Bubu!
isto aqui é a casa dos mortos,
e, na casa dos mortos,
quem tem um olho é rei,
porque esta é a máxima e a práxis
da casa dos mortos.
(Bubu, A Casa dos Mortos).

4.2.2 Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como não lugar de tratamento em saúde

4.2.2.1 *Entre a contenção física e a contenção química.*

Pois, bem: são 3 cenas,
são três cenas repetidas e repetitivas
de um ritual satânico-sacro
com poucos equivalentes comparados de terror,
cujo estoque self-made in world
é o medicamentoso entupir de remédios,

o qual se esquece de que
A Era Prozac
das pílulas da felicidade
não produz A Era da Felicidade
da nossa almática essência de liberdade;
mas, aqui é a realidade manicomial!
(Bubu, A Casa dos Mortos)

Na análise anterior demonstramos a carência de profissionais de saúde nos HCTPs paulistas, bem como a hegemonia de uma lógica carcerária no funcionamento do cumprimento das medidas de segurança.

Não podemos perder de vista que é dentro desse panorama, onde a perspectiva terapêutica ocupa um lugar secundário na dinâmica institucional, que nós analisaremos o tratamento em saúde dispensado aos internos dos HCTPs.

O Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002) sugere a mudança da nomenclatura de medida de segurança para medida de tratamento e tratamento é direito do cidadão.

Aponta também a necessidade de definição de projetos terapêuticos que garantam que o tratamento possa ser feito no menor tempo

possível e que, quando feito em HCTP, o tratamento deve ser voltado para a reinserção dos pacientes nos serviços de saúde mental comunitários.

Não é outra a indicação do CNJ (2010), em Relatório emitido após Mutirão Carcerário realizado no estado de São Paulo, ao recomendar a constituição urgente de uma “rede de apoio e atendimento aos pacientes judiciários no Estado de São Paulo, sob a égide do que preconiza a Lei Antimanicomial (Lei 12.216/01), possibilitando, na medida do possível, o tratamento das pessoas em meio aberto, com a construção de residências terapêuticas”.

As normativas assinaladas acima trazem os conceitos de “projeto terapêutico” e “serviços de saúde mental comunitários”, assim, o cuidado em saúde para as pessoas com transtorno mental ultrapassa os limites confinadores dos HCTPs, diante de uma perspectiva terapêutica pautada em serviços de saúde mental comunitários e rede de apoio, que permitam um tratamento multidisciplinar.

A narrativa de nossos entrevistados menciona um cenário adverso.

E causava uma péssima impressão, a gente via os pacientes, vamos dizer assim, estavam sempre dopados, a gente via pelos corredores aqueles pacientes parecendo que sonâmbulos [...] a gente, quando entra assim, você conversa com algum paciente, tudo, mas normalmente as pessoas não tem, elas estão assim ‘bem aéreas’ vamos dizer assim, até porque tinham já tomado remedinho, etc. o sossega leão, coisas desse tipo (Nise, Sub Procuradora Geral da República).

É mais uma medicação de contenção, usada não para tratamento, usa para que o paciente não crie problema dentro do hospital (Franco, Médico Psiquiatra).

As narrativas dos entrevistados consideram, em primeiro lugar, que nos HCTPs os pacientes são hipermedicados. Em segundo, que há uma

desvirtualização no uso da medicação, uma vez que não se objetiva utilizá-la para tratamento, mas como forma de contenção química.

Costa (2003) ressalta que, no início da década de 1950, foi sintetizado em laboratório o primeiro medicamento neuroléptico indicado para o tratamento da psicose, a Clorpromazina, gerando a expectativa da “cura” da loucura.

Essa droga e outras que a sucederam alteraram o panorama dos ambientes manicomiais, pois, as novas drogas possibilitavam certo controle de alguns sintomas dos surtos psicóticos.

Assim, diminuiu-se a necessidade dos instrumentos de contenção física, como cadeados e grades. Entretanto, o uso indiscriminado e massificado desses medicamentos, distanciado de outros conhecimentos e objetivos relacionados à reinserção social, utilizados menos como método terapêutico e mais como instrumento de silenciamento e controle, fez com que logo fossem chamados de “camisa de força química” ou, mais popularmente, de “sossega leão”(COSTA, 2003; JACOBINA, 2008).

Mattos (2006) afirma que nos HCTPs, onde não raro faltam até medicamentos psiquiátricos padronizados pelo critério do ‘mais barato’, estes não são usados apenas para fins terapêuticos, mas como forma de castigo.

Soares e Silva (2002) narram que, nos momentos em que as pacientes do Hospital Heitor Carrilho (RJ) ficam violentas, as agentes penitenciárias se veem obrigadas a lançar mão do recurso mais ordinário que possuem: mandam as internas para as enfermeiras, para receberem injeção de Haldol. Lougon (2006) refere essa mesma prática nos Hospitais Psiquiátricos comuns.

Foucault (2006) analisa que a prova dessa distorção entre a teoria médica e a prática asilar era o fato de que diversas técnicas definidas como possíveis formas de tratamento da doença mental, tais como o eletrochoque, duchas, tranquilizantes, eram rapidamente reutilizadas, não mais com fim terapêutico, mas no interior de uma técnica de direção, isto é, a título de punição.

Segundo Peres (1998), o tratamento psiquiátrico no HCTP parece ocupar um lugar secundário na dinâmica institucional e a atuação psiquiátrica vincula-se a procedimentos punitivos.

Outro aspecto a ser considerado como “não” tratamento é o que denominamos de contenção física. Embora o surgimento de novas drogas pareça ter diminuído o uso da força física, como as camisas de força, ainda apresenta-se um cenário de prevalência do uso de celas de isolamento.

Primeiro, que os hospitais de custódia, atualmente em São Paulo, regrediram para os anos 40... Adotaram-se a várias práticas que já tinham acabado [em Franco da Rocha], como a rotunda, que é deixar o paciente nu, como forma de proteção, mas é um castigo. Voltaram até algumas formas de espancamento dentro dos manicômios. Então, é uma leitura, quando é agente penitenciário, a leitura é leitura de castigo, punição, e não de tratamento [...] Já no hospital de Taubaté tem pacientes que ficam 18 horas trancados. (Franco, Médico Psiquiatra).

Agora, todas as vezes que eu fui para lá [HCTP de Taubaté], tinha gente em isolamento. Nunca me falaram ‘é porque praticou falta grave’, diziam [o paciente] está em surto. Tem celas de isolamento que a pessoa fica lá trancada por um tempo. Isso lá em Franco também tinha, quando as celas de isolamento foram desativadas quando o Paulo [ex Coordenador de Saúde da SAP] assumiu a coordenação de saúde da SAP. Então aquelas celas que eram de isolamento mesmo, elas foram desativadas, mas agora, como está funcionando lá atualmente eu não sei (Carla, Defensora Pública).

As chamadas CTI (celas de isolamento)²⁴ podem ser definidas como as celas usadas para isolar pacientes com risco de auto ou heteroagressão, ou no caso de surto grave, quando os médicos e os seguranças consideram impossível o convívio com outros pacientes.

Mamede (2006) coloca que, muitas vezes, essa cela também é usada como castigo, quando os pacientes desobedecem às regras, criam

²⁴ As celas de isolamento são chamadas de rotunda dentro do ambiente prisional.

confusões, se agrirem mutuamente ou, às vezes, até quando infantilmente fazem brincadeiras que os funcionários consideram um estorvo.

Tavolaro (2001) descreve as celas de isolamento do HCTP de Franco da Rocha como cubículos com pouco mais de 3m de comprimento por 2m de largura, iluminadas por uma lâmpada bem fraca, embutida no teto. Tem vasos sanitários dentro, no chão, com descarga por fora²⁵. A janela gradeada de menos de 1m é a única comunicação com o mundo exterior.

O Ministério Público Federal, através da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, expõe que o paciente internado nos HCTPs não pode ficar em cela ou espaço restritivo. Em caso de crises agudas, o paciente deve ficar restrito ao leito e acompanhado por pessoal de enfermagem ou técnico, que lhe deverá orientar e informar sobre os procedimentos que estão sendo adotados e seus objetivos²⁶.

Musse (2008), ao tratar dos direitos das pessoas com transtorno mental, enumera, entre muitos outros, o direito à preservação da integridade física, psíquica e moral das pessoas com transtornos mentais, sendo que a violência física se caracteriza pelo uso da força corporal contra outrem e, a violência psíquica, que inclui a violência moral, consiste em xingamentos, zombarias, comentários depreciativos, ou tortura psicológica, que é representada pela ameaça verbal, pela imposição do medo ao indivíduo.

As celas de isolamento representam mais um dos artifícios camuflados com finalidade terapêutica para “cuidar” do paciente em surto, mas que na sua essência busca “conter e punir a loucura”.

Foucault (2006) coloca que as duchas, cauterizações²⁷, moxas²⁸, éter, láudano, eletrochoques foram inicialmente prescritos em função de certa concepção da etiologia da doença mental ou de suas correlações

---

²⁵ Esse tipo de vaso sanitário é conhecido como ‘boi’.

²⁶ Cartilha “Direito à Saúde Mental” produzida pelo Ministério Público Federal/Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Brasília, 2012. Ver pergunta 40.

²⁷ A cauterização consiste na aplicação de um ferro em brasa ou aquecido na água fervendo no alto da cabeça ou na nuca.

²⁸ As moxas são cilindros compostos de uma matéria cuja combustão progressiva, pela dor que provoca, estimularia o sistema nervoso e teria uma função de ativação sensitiva.

orgânicas. A princípio, o uso do éter²⁹ e láudano³⁰ nos asilos, de 1840-1860, e o atual uso de tranquilizantes, em aparência, busca acalmar o sistema nervoso do doente, mas, na realidade, procura simplesmente prolongar até o interior do corpo do doente o sistema do regime asilar, o regime da disciplina. “Isso é válido para os primeiros anos dessa protopsiquiatria e, é verdadeiro, sem dúvida, em grande medida, para toda a história da psiquiatria até os nossos dias”. (FOUCAULT, 2006, p. 226).

Jacobina (2008) alerta que o jurista que estiver utilizando a medida de segurança lastreado na convicção de que se trata uma medida terapêutica de cunho sanitário está se enganando.

O cenário narrado, entre a contenção física e a contenção química, parece estar distante daquele que, ainda enquanto a internação ocorrer em um HCTP, se mantenha coerente com os mesmos princípios éticos de garantia de direitos humanos, de forma que a penalização da pessoa não se sobreponha ao direito de uma atenção integral às suas necessidades de saúde (CORREIA, LIMA e ALVES, 2007).

4.2.2.2 Da não vinculação ao Sistema Único de Saúde

Nas falas de nossos entrevistados há convergência sobre a necessidade de que os HCTPs deveriam estar sob a governabilidade do Sistema Único de Saúde – SUS – e não integrados ao sistema penitenciário, uma vez que essa vinculação traz obstáculo ao acesso a ações e serviços substitutivos à lógica hospitalocêntrica e carcerária que impera nos HCTPs.

---

²⁹A partir da segunda metade do século XIX, o emprego do éter se desenvolve em psiquiatria, com finalidades terapêuticas “para acalmar os estados de agitação ansiosa”.

³⁰ Extrato de ópio que possui efeito sedativo

Os HCTPs paulistas não estão vinculados ao SUS. A título ilustrativo, apresentaremos as falas de Joel, Michel e Franco, nossos entrevistados:

É, na verdade, quer dizer, uma coisa absolutamente necessária é passar eles para o SUS, tirar eles do sistema penitenciário (Joel, Procurador da República).

O primeiro grande desafio no hospital de custódia é o fato dele ser um estabelecimento penal, é o fato dele não ser um estabelecimento de saúde; ou seja, ele não está sob a governabilidade do Sistema Único de Saúde, ele não é um estabelecimento que o SUS pode gerenciar, não, ele é um estabelecimento que quem gerencia é o departamento penitenciário nacional (Michel, Psicólogo).

Os hospitais de custódia de São Paulo não estão ligados ao SUS, o que é um absurdo! (Franco, Médico Psiquiatra).

A necessidade de vinculação ao SUS, seja através do credenciamento dos HCTPs, enquanto existirem, ou por meio de encaminhamento alternativo para a rede de saúde mental, é indicado, igualmente, nos principais documentos elaborados em fóruns de discussão especializados sobre o tema, tais como o Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002), Carta de São Paulo (2009), elaborada no I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental e no Parecer do Ministério Público Federal sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da lei 10.216/01(2010).

Tornou-se consensual a compreensão de que o Sistema Único de Saúde e a rede de atenção à saúde mental devem responsabilizar-se pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança. Trata-se, sem dúvida, de um passo importante para

a consolidação da reforma e para a garantia dos direitos dessas pessoas. Permanece, no entanto, o desafio do fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalar e da capacitação dos profissionais da saúde e da justiça para o redirecionamento da assistência ao louco infrator (REFORMA PSIQUIÁTRICA E MANICÔMIO JUDICIÁRIO: RELATÓRIO FINAL DO SEMINÁRIO PARA A REORIENTAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO, 2002, P. 6).

O Sistema Único de Saúde – SUS – é uma instituição jurídica criada pela Constituição Federal de 1988 para organizar ações e serviços públicos de saúde no Brasil, conforme definido no artigo 198, que em seus incisos I a III estabelece suas diretrizes, preconizando que as ações e serviços de saúde devem ser organizados para dar atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Eis a base constitucional para o princípio da integralidade do SUS, que garante ao cidadão o direito ao atendimento de forma plena, em função das suas necessidades, pela articulação de ações curativas e preventivas, nos três níveis de assistência (AITH, 2006).

Na esteira da implantação do Sistema Único de Saúde e sob o regramento constitucional, que inseriu a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, a Política Nacional de Saúde Mental foi consignada na agenda pública brasileira através da lei nº 10.216, de 2001.

De acordo com a proposta trazida pela Política Nacional de Saúde Mental, a premissa básica é a da desinstitucionalização do paciente, com ampliação da rede comunitária de cuidados e fortalecimento de iniciativas de organização de equipamentos que superem tanto o tratamento ambulatorial tradicional, quanto à internação hospitalar prolongada, tais como as Ações de saúde mental na Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Leitos em Hospitais Gerais, Ambulatórios, Programa de Volta para Casa, entre outros.

A atenção integral deve ser garantida por atuação multidisciplinar, mediante cuidados médicos, de assistência social, psicológicos, terapeutas ocupacionais e outros necessários para a reabilitação psicossocial do paciente e de seus familiares, seja para o caso de pacientes ainda

internados, seja para aqueles que se encontram em tratamento aberto no CAPS.

Assim, busca-se um modelo de prevenção e tratamento em saúde mental, com o resgate da cidadania à pessoa com transtornos mentais, através da inclusão social, reinserção familiar e respeito aos seus direitos constitucionais.

A Política Nacional de Saúde Mental tem procurado a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos, priorizando a redução de leitos em hospitais com baixo desempenho na avaliação de qualidade assistencial (através do PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares) e hospitais de grande porte (PRH – Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar), iniciado em 2004, com a publicação da Portaria nº 0052/2004, do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A proposta do Ministério da Saúde é que as internações sejam feitas em leitos de atenção integral em hospitais gerais, sendo os leitos em hospitais psiquiátricos de grande porte, aos poucos, substituídos, mas propõe que a extinção de leitos em hospitais psiquiátricos deve ser acompanhada pela ampliação da rede extrahospitalar regionalizada, para que a substituição pelo modelo de cuidado integral comunitário/ambulatorial seja garantido como medida de proteção à pessoa com transtornos psiquiátricos.

A referida Portaria define uma classificação dos hospitais psiquiátricos, baseada no número de leitos contratados pelo SUS, com novos valores de remuneração das diárias hospitalares, que incorporam incentivos à qualificação do atendimento e à redução de leitos. Especificamente, a cada redução de 40 leitos, o hospital ganha um aumento no valor da diária paga pelo SUS.

Todas essas medidas de operacionalização dos princípios da reforma psiquiátrica não atingem os serviços voltados para a assistência aos doentes mentais infratores, uma vez que os HCTPs são estabelecimentos

prisionais e não integram o sistema de saúde, portanto, não estão incluídos no Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar e no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), em consequência, não fazem parte do Sistema Único de Saúde e não recebem nenhum incentivo para a qualificação do atendimento ou para a redução de leitos.

O Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002) defende a extensão do PNASH para os manicômios judiciais, realizada por uma equipe composta pela Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, Secretaria de Estado da Justiça e/ou Segurança Pública, Ministério Público, Tribunal de Justiça (Vara de Execuções Penais/Criminais) e controle social, com a finalidade de se conhecer e direcionar a assistência prestada por estas instituições.

O PNASH foi implantado com o objetivo de melhorar a qualidade dos Serviços Hospitalares prestados aos usuários do SUS, estabelecendo uma série de critérios específicos, em sua versão para Hospitais Psiquiátricos, para a avaliação dos serviços prestados, tais como: Estrutura Física/Funcional, Limpeza Hospitalar, Roupas Hospitalares, Farmácia, Aspectos Gerais dos Pacientes, Alimentação do Paciente, Recursos Humanos, Enfermagem, Projeto Terapêutico/ Prática Institucional, Espaços Restritivos – Punitivos, Contenção Física, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O estabelecimento de uma ação de avaliação e fiscalização pautada em critérios da área de saúde é vista como necessária, na medida em que, em casos como o de São Paulo, onde os HCTPs paulistas são administrados pela SAP e fiscalizados, como todo estabelecimento penal, por membros da Magistratura e do Ministério Público, através de procedimentos administrativos e burocráticos.

Essa perspectiva é sinalizada por nossos entrevistados:

Primeiro, que os hospitais de custódia, atualmente em São Paulo, regrediram para os anos 40. Não se faz tratamento, não se tem planejamento terapêutico; as pessoas são jogadas lá e ficam lá sem nenhuma atividade; inclusive sem atividades laborterápicas, nada... Agora, logo, o que é isso? Não existe planejamento terapêutico individualizado em nenhum deles [...] e se for a vigilância ou qualquer órgão fiscalizatório, tem que fechar; como o CRM, várias vezes que foi, pede para fechar. No hospital de custódia não tem equipe interdisciplinar. No hospital de custódia a única forma de recurso é o recurso de punição, nós temos um número de agentes penitenciários – até que acho talvez o suficiente – Agora, equipe de saúde não precisa ter [para o governo] e inclusive não tem. Não tem fiscalização nenhuma (Franco, Médico Psiquiatra).

Se o PNASH fosse fazer [uma vistoria] em um hospital de custódia, ele ia encontrar muitos problemas; mas, ele também ia encontrar muitas aproximações com outros hospitais psiquiátricos no país. Então, do mesmo modo como ele iria sugerir descredenciamento ou pelo menos modificação de alguns hospitais de custódia, ele provavelmente faria o mesmo em hospitais psiquiátricos, pelas mesmas razões, pelo fato da instituição não ter um projeto terapêutico, pelo fato de não utilizar projeto terapêutico individual para tocar o trabalho junto àquele paciente, pelo fato de que muitas vezes a terapia, principalmente medicamentosa, mais do que de outra ordem, ou seja, as pessoas são sedadas mais do que atendidas (Michel, Psicólogo).

Tinha por volta de 7/8 médicos para o hospital I [de Franco da Rocha] e o II [de Franco da Rocha] ele estava mais ou menos interditado pelo CRM, até pela promotoria, por falta de profissionais. No 2, não tinha médicos, não tinha cobertura 24 horas (Maria Clementina, Psicóloga).

As falas dos entrevistados mencionam a necessidade de uma fiscalização por órgãos ligados à área de saúde e, ao mesmo tempo, permitem desvelar que alguns desses órgãos podem realizar vistorias e indicar irregularidades, mas não podem determinar o seu descredenciamento ou fechamento, uma vez que os HCTPs estão vinculados a SAP.

Maria Clementina, nossa entrevistada, assinala que o HCTP II de Franco da Rocha estava *‘mais ou menos’* interditado pelo Conselho Regional de Medicina, ou seja, tal órgão não poderia interditar o HCTP, mas poderia apontar irregularidades, como o fez.

A fala de Maria Clementina parece referir-se ao episódio ocorrido em 31 de agosto de 2007, quando o CRM publicou uma Nota Pública³¹, apontando diversas irregularidades no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha, entre elas as de que o hospital não cumpria a obrigatoriedade de ter um médico responsável, o único médico clínico em atividade comparecia ao hospital das 12 às 22 horas, apenas duas vezes por semana, os prontuários médicos indicavam que os acompanhamentos da evolução clínica dos pacientes ocorrem em intervalos superiores a 30 dias, quando deveriam ser regulares e há insuficiência de médicos e de outros profissionais de saúde necessários ao atendimento, entre outras irregularidades.

Aproximadamente um mês antes da visita do Cremesp, em 27/07/07, a Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, publicou em seu site, uma notícia intitulada “HCTP II de Franco da Rocha é modelo de administração”³², onde defendeu que:

A infraestrutura de atendimento aos pacientes é um ponto levado muito a sério pela diretoria; para tanto, na unidade eles são assistidos por dois psicólogos, quatro assistentes sociais, quinze auxiliares de enfermagem – que se revezam em plantões – uma enfermeira e oito médicos psiquiatras, sendo que há sempre um de plantão no consultório e o atendimento pode ser feito a qualquer hora do dia ou da noite, sempre que há necessidade; além disso o corpo funcional é composto por agentes de segurança penitenciária que recebem treinamento diferenciado e específico para lidar com os pacientes, o que contribui no processo de ressocialização.

---

³¹

Disponível

em

http://www.cremesp.org.br/novaHome.php?siteAcao=Imprensa&acao=sala_imprensa&id=180. Acesso em 11 de abril de 2013.

³² Disponível em <http://www.sap.sp.gov.br/common/noticias/0200-0299/not271.html>. Acesso em 06 de junho de 2013.

Os dados apresentados, em relação ao HCTP II de Franco da Rocha, pelo Cremesp e pela SAP divergem, quanto à qualidade dos serviços de saúde prestados e, em relação à infraestrutura existente, embora tenham sido produzidos no mesmo período, que poderia ser levar-nos a considerar que há, por parte da SAP, uma tentativa de “mascarar” a realidade existente nos HCTPs paulistas, em relação ao quadro funcional e ao não tratamento em saúde.

A narrativa de nossos entrevistados menciona a inexistência do projeto terapêutico individual, que segundo as diretrizes expostas pelo Ministério da Saúde no “HumanizaSUS-Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico”³³, consiste:

A elaboração do projeto terapêutico, ou seja, do tratamento, é um processo com momentos de atuação individual e momentos de troca com acordo da equipe de saúde (pactuação da equipe). Os profissionais devem ter momentos de encontros para discutirem a situação do doente, os objetivos terapêuticos, as propostas de intervenção e a avaliação de resultados. Esse processo ajuda na compreensão e no sucesso do tratamento, no sentido de reforçar e aprimorar as opções na abordagem da sequência saúde/doença/reabilitação. O projeto terapêutico deve, necessariamente, incluir ações que visem ao aumento da autonomia do doente e da família/rede social sobre o seu problema, no sentido do cuidado de si e da capacitação de cuidadores, com a transferência de informações e técnicas de cuidados.

A elaboração do projeto terapêutico individualizado significa, segundo Yasui (2010) desenvolver a cada demanda que se apresenta, a cada usuário que recorre ao serviço, uma complexidade de estratégias que contemplem distintas dimensões do existir.

Musse (2008), ao tratar dos direitos das pessoas com transtorno mental, enumera, entre muitos outros, o direito de receber atendimento clínico adequado ao seu quadro clínico, que se dá de duas formas: em sentido amplo, pelo acesso à rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e, em sentido estrito, por intermédio do seu projeto terapêutico individual.

---

³³ “HumanizaSUS-Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico”. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF- 2004

Assim, ter um adequado tratamento terapêutico ao seu quadro clínico e possuir um projeto terapêutico são vistos não somente como uma qualificação da instituição, mas, igualmente, como direito do paciente com transtorno mental e, portanto, devem ser realizados no âmbito dos HCTPs.

Em relação à vinculação aos SUS, vale considerar que a experiência dos HCTPs do Estado do Rio de Janeiro traz um alerta, uma vez que os HCTPs desse estado foram os primeiros e únicos a serem cadastrados pelo SUS, passando a receber recursos que, em um primeiro momento puderam financiar diversas reformas, mas, em um segundo momento, com a fiscalização por parte do SUS ocorreu a chamada “glosa” dos leitos.

Tal fato se deu pelo entendimento de que os HCTPs continuavam a não ter características hospitalares, havendo, portanto, corte dos financiamentos por parte do SUS, fato esse que aponta para as várias ordens de desafios que o tratamento ao “louco infrator” apresenta nas buscas de soluções a médio e longo prazos.

Nesse sentido, Tania Maria Dhamer Pereira, diretora do Hospital Heitor Carrilho, do Rio de Janeiro, na Audiência Pública realizada na Procuradoria Geral da República, em 20 de junho de 2011 sobre “Saúde Mental: Execução de Medida de Segurança e aplicação da Lei 10.216/01 ao Sistema Penitenciário Nacional”³⁴, afirma:

Então, nós não temos como derrubar o prédio e construir outro prédio, e, por isso, estamos sem os recursos do SUS– e vivendo à míngua. Depois, se vocês quiserem saber, eu tenho várias formas de improviso, de uma política que eu chamo ‘a política pública do improviso para sustentar o dia a dia’.

Vale lembrar que a entrevistada Maria Clementina já apontou na mesma direção da chamada “política pública do improviso” existente nos HCTPs paulistas, devido à falta de recursos financeiros e humanos, conforme já consideramos no item 4.2.1 e que, pelo quadro acima apontado,

---

³⁴ Áudio transcrito pela própria pesquisadora.

os HCTPs paulistas também teriam problemas em obter e manter eventuais recursos repassados pelo SUS, uma vez que como estabelecimentos penais são administrados pela SAP.

Silva (2010b) afirma que os HCTPs representam “um grande impasse para a implantação do SUS no país”, uma vez que formam “uma rede paralela de assistência em saúde não regida pelos princípios do SUS, embora também não financiada pelo mesmo” (SILVA, 2010b, p. 667), trazendo a necessária discussão da vinculação dos HCTPs às Secretarias Estaduais de Saúde, conforme abordaremos no item 4.6.1.

Vale considerar que, desde a Constituição Federal de 1988, há a proteção normativa da saúde, como direito fundamental e social, sendo um direito de todos e um dever do Estado, que deverá zelar pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

A consolidação desse direito, em relação ao “louco infrator”, pelos diversos aspectos pontuados, ainda corresponde a um direito social a ser perseguido, cabendo aos agentes do Estado a materialização da responsabilidade no cumprimento da função social a ele destinada (CORREIA, LIMA e ALVES, 2007).

4.3 SOBRE A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA, LEI 10.216/01, E SUAS CONTROVÉRSIAS.

4.3.1. Sobre a aplicação, ou não aplicação, da Lei 10.216/01 às medidas de segurança.

As falas de nossos entrevistados revelam o debate jurídico e controvérsia existente a respeito da aplicação, ou não aplicação, da Lei 10.216/01, no âmbito das medidas de segurança.

Importante considerar na discussão dessa problemática que a aprovação da lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, é considerada o principal marco legal para a rediscussão da Reforma Psiquiátrica no âmbito dos HCTPs.

Desde a sua aprovação ocorrem debates jurídicos sobre a sua aplicação, ou não, às pessoas submetidas à medida de segurança, uma vez essa lei sendo lei posterior ao Código Penal e a Lei de Execução Penal, teria derogado tais legislações no que tange às medidas de segurança.

Há diversos juristas, entre eles Jacobina (2008), Musse (2008) e Queiróz (2010), que esposam o entendimento de que a Lei 10.216/01 é aplicável às pessoas com transtorno mental que cumprem medida de segurança. No mesmo sentido há o pronunciamento oficial de duas importantes instituições jurídicas: o Ministério Público Federal, que emitiu o Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216/01, em 2011, e a Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010 e a Recomendação nº. 35, de 12 de julho de 2011, do Conselho Nacional de Justiça.

Importante frisar que, embora os processos relacionados ao cumprimento de medidas de segurança possuam baixa expressividade numérica, pois existe, no Brasil, cerca de 4.000 pessoas internadas em HCTPs, o mesmo entendimento tem sido defendido pelo Supremo Tribunal Federal, órgão de cúpula do Poder Judiciário e “guardião” da Constituição, conforme definido no artigo 102 da Constituição Federal, quando tem a oportunidade de manifestar-se sobre a controversa questão. Há históricas decisões do STF, em relação à aplicação da Lei 10.216/01 na seara das medidas de segurança, tais como proferidos no Habeas Corpus 85401/RS³⁵, que considerando o propósito terapêutico da medida de segurança, no contexto da Reforma Psiquiátrica, admitiu a substituição da internação por tratamento ambulatorial, em caso de crime apenado com reclusão, quando manifesta a desnecessidade da internação. Nos Habeas Corpus 98. 360³⁶, 100. 383³⁷ e 107.777³⁸, o entendimento que prevaleceu é o da aplicação do artigo 5º, da lei 10.216/01, no cumprimento das medidas de segurança.

Ainda devemos considerar que a maioria dos livros sobre Direito Penal, ao tratarem de Medidas de Segurança, é silente a respeito da lei 10.216/01.

Passaremos a expor, de forma sucinta, os principais argumentos jurídicos para a defesa da aplicação da Lei 10.216/01, ou da não aplicação, no cumprimento das medidas de segurança, sendo que a primeira controvérsia ocorre diante da interpretação de seu artigo 1º, que dispõe:

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

³⁵ <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2265220>. Acesso em 06 de março de 2013.

³⁶ <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2668725>. Acesso em 06 de março de 2013.

³⁷ <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2696001>. Acesso em 06 de março de 2013.

³⁸ <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=4052089>. Acesso em 06 de março de 2013.

Para os defensores da não aplicação, o debate inicial que se trava é o de que, no citado artigo, menciona-se *“pessoas acometidas de transtorno mental”*, não sendo feita especificação em relação àquelas que cumprem medida de segurança, assim essas continuariam sob a égide da legislação jurídico penal, uma vez que são pessoas que cometeram delitos. Sob esse ponto de vista, a Lei 10.216/01 é uma legislação especial da área de saúde, não sendo aplicada a casos criminais.

Sob essa perspectiva, o debate ainda aponta que o artigo 9º, da Lei 10.216/01, estabelece que a *“internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”*, assim, a interpretação prevalente é a de que a legislação vigente às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei é a legislação penal.

Outro argumento utilizado é o de que a Lei 10.216/01 não foi expressa quanto à derrogação da Lei de Execução Penal, não trazendo, em seu corpo legal, a expressão *“revogam-se as disposições em contrário”* e que, portanto, haveria um conflito aparente de normas no tempo.

Por outro lado, há argumentos de que a omissão assinalada não significa que a legislação penal não esteja derogada, no que tange as medidas de segurança, sob pena de rompermos os princípios da unidade e da coerência do ordenamento jurídico, entretanto pontuam que a revogação expressa facilitaria a interpretação legal e não teríamos que enfrentar um cenário de conflitos entre normas, conforme defende Jacobina (2008).

Jacobina (2008), além de defender a inconstitucionalidade da medida de segurança advoga, também, que a lei n. 10.216/2001 derogou os dispositivos da LEP, do Código Penal e do Código de Processo Penal, no que se refere à medida de segurança, entendimento esposado também por Queiroz (2010) e pelo Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216/01 do Ministério Público Federal (2011).

Sob esse ponto de vista, o artigo 1º, da Lei 10.216/01, ao não especificar quais as pessoas com transtorno mental que estariam contempladas pelo texto legal, não o fez, pois não precisaria fazê-lo, uma vez que estaria claro que a expressão “*pessoas acometidas de transtorno mental*” abarca a totalidade das pessoas com transtorno mental, estejam ou não cumprindo medida de segurança.

Ainda, há o argumento de que a própria redação do artigo 1º, da citada lei, assegura que não haverá “*qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra*”, portanto, aplica-se indistintamente a todas as pessoas com transtorno mental, gerando assim a derrogação do Código Penal, CPP e LEP, no que tange o cumprimento das medidas de segurança.

Além disso, diante do artigo 4º, que estabelece que “*a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extrahospitais se mostrarem insuficientes*”, haveria completa incompatibilidade entre tal dispositivo e as regras definidas no artigo 97, “*caput*”, do Código Penal, dispositivo que condiciona de forma obrigatória, a prática de um crime punido abstratamente com reclusão, pelo inimputável, à medida de segurança de internação.

Defende-se ainda que o artigo 97, §§ 1º e 2º, do Código Penal, estabelece prazos mínimos para a internação e para a realização de exames periciais, o que se mostra incompatível com o princípio da utilidade terapêutica do internamento, previsto no artigo 4º, §1º, da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Dentro do novo regramento da Lei 10.216/01, a internação deve ainda ser, 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.

A existência de duas teses jurídicas sobre a lei 10.216/01 e o panorama de indefinição gerado, é assinalada no relato de alguns de nossos entrevistados de São Paulo:

A lei 10.216 é posterior à reforma da parte geral do Código Penal, e o juiz pode aplicar a lei posterior que revoga a lei anterior. A lei 10216 avançou bastante nessa seara, privilegia claramente o tratamento ambulatorial, os juízes precisam se conscientizar que não é porque o crime é apenado com pena de reclusão que a medida é de internação (Raul, Advogado).

Que no meu entender, assim, juridicamente, a lei de reforma psiquiátrica abrange o paciente com transtorno mental... a lei da reforma psiquiátrica, ela revogou ou derogou o código penal e a lei de execução penal, no que tange a medida de segurança. Então, deixa de existir... As regras penais e de execução penal, referente à medida de segurança, elas deixaram de ter validade, embora elas ainda existam, porque não foram revogadas explicitamente, mas elas deixaram de ter validade, em razão da lei da reforma psiquiátrica. Essa é uma tese que eu e outras pessoas defendemos. Só que, como é uma tese, tem que chegar até o Supremo, para ver se eles entendem que houve a revogação (Carla, Defensora Pública).

Primeiro precisamos pontuar que há uma diferença entre o projeto inicial e o texto aprovado. Há quem diga que a lei 10216 tem um alcance muito menor do que a interpretação que vem lhe sendo dada. Veja, ela não fala no fim dos hospitais psiquiátricos. Para mim, evidentemente ela derogou a LEP e Código Penal, afinal não há lógica que possa perdurar aliando reclusão com internação. Há flancos na lei 10216 que permitem várias interpretações, enquanto isso não deixar de existir sempre haverá uma insegurança para o jurisdicionado. (Silvio, Psicólogo).

Hoje a gente lida com a lei ainda é de 1940 não é? Teve a reformulação em 84, algumas reformulações, mas, não tão significativas em termos de saúde. E nessa experiência, a lei da reforma psiquiátrica, que é a lei 10216, ninguém tem a perspectiva de adotá-la, só realmente o

código penal e a LEP. É, o que vale até hoje é o Código Penal. Se bem que tem até lei, algumas coisas, algumas discussões de alguns, que falam “não, se a lei prevê que isso... Então a medida de segurança...” Então quer dizer, o povo delira... Não é porque teve a reforma que “olha, não pode internar mais” “tem que esperar... paciente preferencialmente em ambiente externo...” “internação só em último caso...” Então, tem alguns que interpretam assim “ah, se a lei é essa, a lei é maior e tem que ser extensiva aos hospitais de custódia e é assim que tem que funcionar”. E na verdade não é, na prática não tem nada disso (Maria Clementina, Psicóloga).

A fala de Maria Clementina aborda a controvérsia existente na área jurídica sobre a lei 10.216/01, mas que, apesar das discussões ocorridas no campo teórico-jurídico sobre as novas diretrizes da política antimanicomial, no cotidiano dos HCTPs paulistas não se vislumbra a aplicação das novas diretrizes da lei da Reforma Psiquiátrica, permitindo ainda o questionamento da ausência de políticas públicas governamentais paulistas, na seara das medidas de segurança, que será analisada em item específico.

As narrativas dos entrevistados Raul, Carla e Silvio permitem supor que seu posicionamento é o de que a lei 10.216/01 é aplicada às medidas de segurança, derogando o Código Penal e a LEP, entretanto, suas falas nos permitem desvelar que esse posicionamento não é pacífico, o que gera uma insegurança jurídica aos destinatários da lei, nesse caso, as pessoas com transtorno mentais submetidas às medidas de segurança.

Em seu discurso, Carla relata que seu posicionamento sobre a aplicação da lei 10.216/01 na seara da medida de segurança, é uma ‘tese’ defendida por ela e por outras pessoas, mas que *‘tem que chegar até o Supremo, para ver se eles entendem que houve a revogação’*, ou seja, o posicionamento defendido por ela não é pacífico e depende do pronunciamento do Supremo Tribunal Federal para que haja a uniformização do entendimento sobre a lei 10.216/01 e a consequente derrogação da legislação penal.

O posicionamento de Carla é o adotado, de forma institucional, pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo, que aprovou a Tese Institucional nº 10, admitida em seu II Encontro Estadual realizado em 2008, que estabelece: *“A Lei nº 10.216/01, marco da reforma psiquiátrica no Brasil, derogou a parte geral do Código Penal e da Lei de Execuções Penais no que diz respeito à medida de segurança”* ³⁹.

Importante ressaltarmos que a Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe prestar a assistência jurídica integral e gratuita aos necessitados, conforme preceitua a Lei Complementar nº 8º, de 12 de janeiro de 1994. Considerando os dados socioeconômicos da população que se encontram nos HCTPs estudados, delineia-se uma população extremamente vulnerável socialmente, quando descritos os níveis de escolaridade, ocupação ou profissão, o que aponta para a importância da Defensoria Pública como Instituição que promove a defesa dos interesses das pessoas em medida de segurança e que se encontram nos HCTPs.

O relato de Silvio assinala críticas em relação à lei 10.216/01, uma vez que há diferença entre o projeto inicial apresentado pelo Deputado Paulo Delgado e o texto da lei ao final aprovado, o que mitigou avanços previstos no texto original, o que do mesmo modo é apontado por Tenório (2002):

A aprovação da lei aconteceu depois de decorridos 12 anos da apresentação, pelo deputado Paulo Delgado, do projeto de lei original. Nesse período, o texto sofreu inúmeras mudanças que o amenizaram, é verdade, mas que produziram, assim mesmo, uma lei progressista. Embora não tenha o impulso extraordinário que o texto original significaria, deve-se considerar que ela representa uma vitória importante, podendo ser um dispositivo efetivo de transformação da assistência e da condição do paciente psiquiátrico no país (TENÓRIO, 2002, p. 52).

Ao contrário, os entrevistados João e Mauricio, relatam seu posicionamento pela não aplicação da lei 10.216/01 no cumprimento das medidas de segurança:

³⁹ Disponível em <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=5189>. Acesso em 28 de maio de 2013.

Eu acho que não revogou o código penal porque são situações distintas; a situação penal é uma lei específica para condenados, e a reforma psiquiátrica, ela é mais abrangente. Então, é uma situação de interpretação muito complexa, um conflito de leis no tempo mesmo, aparente, um conflito aparente que a jurisprudência que tem que resolver de alguma forma (João, Procurador Geral de Justiça).

Esse processo, essa reforma, enfim... Essa lei tem aplicação no âmbito não penal, ela lida com uma ideia de que a internação não é recomendada, que a internação só em último caso, deve-se evitar a internação... Mas isso para o doente mental, aqui o nosso doente mental, ele praticou um crime, e eu acho que ele não é abrangido por esta lei, esta lei sim vem com esse avanço, pelo doente mental em geral. Nosso caso aqui é específico, é um doente mental que cometeu um crime muito grave; então eu acho que essa lei não tem aplicação nenhuma aqui em nosso caso; ela vem com essa ideia de se evitar ao máximo a internação, que a internação é algo que não possa ser bom para o paciente, que o contato com a família é importante... Mas o nosso paciente aqui, ele praticou um crime gravíssimo e muitas vezes sequer a família o quer de volta; então, acho que essa lei não tem aplicação nenhuma no nosso âmbito aqui (Mauricio, Promotor de Justiça).

A fala de João permite supor que seu entendimento é baseado no princípio da especialidade, segundo o qual a lei especial prevalece sobre a geral e que é aplicado quando há o conflito aparente de normas e que, segundo seu posicionamento, a lei especial a vigorar é a lei penal, que é específica para o caso do cometimento de crimes. A lei 10.216/01 seria considerada legislação geral sanitária a ser aplicada a um contexto mais abrangente da saúde pública e às pessoas com transtorno mental que não cometeram delitos.

O entrevistado Mauricio em seu relato, além de defender o mesmo posicionamento do entrevistado João sobre a aplicação da legislação penal como específica às pessoas que cometeram crimes, parece sinalizar a realização de um julgamento de valor que vincula o transtorno

mental com a prática de crimes “gravíssimos”, o que não se coaduna com a realidade.

A Organização Mundial de Saúde (2001) alerta para o falso conceito difundido entre transtorno mental e perigo e o Censo Nacional de 2011 demonstra que há, nos HCTPs paulistas, inúmeras pessoas que cometeram crimes de menor potencial ofensivo, como tentativas de furto, ameaça e até mesmo ações que deixaram de ser penalizadas, tais como sedução e rapto violento ou mediante fraude, crimes que foram revogados pela Lei 11.106/05, conforme exporemos em item específico.

As narrativas dos entrevistados João e Mauricio são indicativas do posicionamento institucional adotado pelo Ministério Público de São Paulo, do qual são integrantes, que em sua tese institucional nº 143, de 12/06/2003, defende: *“Se fato for punível com reclusão, a medida de segurança inicial será obrigatoriamente a de internação”*⁴⁰, fato demonstrativo da atuação ministerial como órgão acusador dentro do processo criminal.

Dentro desse embate jurídico, a fala de nossos entrevistados ainda permite desvelar um desconhecimento em relação à problemática apontada.

O entrevistado Guilherme ao ser indagado sobre *“Qual o seu entendimento sobre a interpretação sobre a lei 10.216/01, que preconiza a reforma psiquiátrica, em relação aos artigos do Código Penal e LEP que tratam das medidas de segurança?”*, afirma:

E porque ela teria revogado o Código ou a LEP?

Temos poucos processos relacionados a medidas de segurança e, realmente, deixamos algumas coisas para trás. Há tantos problemas a serem administrados, falta de funcionários, correições nas cadeias, enfim (Guilherme, Juiz de Direito).

A fala de Guilherme permite descortinar a realidade existente no meio jurídico de desconhecimento a respeito do debate existente sobre a

---

⁴⁰Disponível em:

http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/recursos_extraordinarios/teses/ORDEM_ALFABETICA New
Acesso em 28 de maio de 2013.

aplicação, ou não aplicação, da lei 10.216/01 no âmbito das medidas de segurança, conforme afirma Luciano Losekann, juiz auxiliar do CNJ: “Até mesmo magistrados que lidam com processo penal e de execução penal desconhecem solenemente essa lei. E ela não é nova, é de 2001. Não ficaria surpreso se essas situações fossem denunciadas perante a Corte Interamericana” ⁴¹.

A questão do desconhecimento da lei 10.216/01 e das controvérsias de sua aplicação assinala a necessidade de promover meios para divulgação e sensibilização dos operadores do Direito, conforme aponta o Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002, p. 18): “Que os Ministérios da Saúde e da Justiça criem um grupo de trabalho para a produção de material pedagógico para informar o campo do judiciário e da saúde de novas possibilidades de intervenção junto aos portadores de transtornos mentais infratores”.

Embora haja a defesa de maior visibilidade e difusão da temática para operadores do Direito, temos, conforme já assinalamos, diversas orientações jurídicas advindas de órgãos ligados ao setor da Justiça, no sentido da aplicação da Lei 10.216/01 e da derrogação da legislação penal, sobre a seara das medidas de segurança.

Nesse sentido, temos o “Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001”, do Ministério Público Federal (2011), instituição que recentemente, em janeiro de 2012, lançou, inclusive, uma Cartilha chamada “Direito à Saúde Mental” organizada pelo Ministério Público Federal, através da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e produzida em parceria com o Conselho Federal de Psicologia, o Conselho Federal de Enfermagem,

---

⁴¹ Notícia publicada no portal do CNJ, em 05/09/12, sob o título “Seminário apresenta diagnóstico dos hospitais de custódia no País”. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/20984-seminario-apresenta-diagnostico-dos-hospitais-de-custodianopais>. Acesso em 28 de maio de 2013.

o Conselho Federal de Serviço Social e o Conselho Federal de Medicina, além de membros do Ministério Público Federal e especialistas no tema.

A Resolução 4, de 30 de julho de 2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, do Ministério da Justiça, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, traz recomendações explícitas sobre a aplicação da Lei 10.216/01, ao que denomina de pacientes judiciários.

Suas recomendações abrangem a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança, assim como o redirecionamento do modelo assistencial de tratamento e cuidado em saúde mental que deve acontecer de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2010a).

O Conselho Nacional de Justiça editou a Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010, estabelecendo que a execução das medidas de segurança deva ocorrer nos termos da Lei nº 10.216/01 e também aprovou a Recomendação nº 35, de 12 de julho de 2011, recomendando aos Tribunais que, na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto.

Esses avanços normativos têm sido ignorados, perdurando o cenário de não aplicação da lei 10.216/01 aos processos que envolvem as medidas de segurança, conforme aponta Janaína Penalva da Silva, diretora de Pesquisa Judiciária do CNJ: “A verdade é que as medidas recomendadas pela Lei Antimanicomial não são aplicadas no Direito Penal”⁴², fazendo com que não haja plena consolidação dos ideais da reforma psiquiátrica no mundo jurídico (JACOBINA, 2008).

---

⁴² Notícia publicada no portal do CNJ, em 05/09/12, sob o título “Seminário apresenta diagnóstico dos hospitais de custódia no País”. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/20984-seminario-apresenta-diagnostico-dos-hospitais-de-custodia-no-pais>. Acesso em 28 de maio de 2013.

A problemática acima assinalada permite-nos vislumbrar algumas hipóteses para a explicação do possível desconhecimento da lei 10.216/01 e suas controvérsias, conforme narra o entrevistado Guilherme: menor representatividade numérica dos processos criminais que tratam de medidas de segurança e problemas administrativos, que afastam os Magistrados de sua função principal e acarretam sobrecarga de trabalho, com preocupações que envolvam questões burocráticas, como a falta de funcionários.

Diante das análises realizadas, a partir das falas de nossos entrevistados, podemos apontar que, no estado de São Paulo, no âmbito jurídico há dissenso entre a aplicação ou não da lei 10.216/01 no âmbito das medidas de segurança, vislumbrado com a existência de duas teses institucionais antagônicas a respeito do tema, opondo-se de um lado a Defensoria Pública do Estado, órgão mais progressista, que vislumbra pela aplicação da lei da Reforma Psiquiátrica, uma vez que os defensores públicos atuam na defesa processual dos “acusados”, e, de outro, o Ministério Público Estadual, órgão mais conservador, que pugna pela não aplicação da lei, desvelando a sua face de órgão acusador dentro do processo criminal.

A Magistratura paulista ainda não possui um posicionamento institucional uniformizador a respeito do tema, mas, em nível federal, há diretrizes claras sobre a aplicação da Lei 10.216/01 na seara das medidas de segurança, com normas editadas pelo Conselho Nacional de Justiça.

A falta de consenso jurídico delineia a vigência do Código Penal e da LEP, limitando a implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica nos HCTPs, uma vez que a prevalência da legislação punitiva dificulta ou impede o tratamento em saúde, o respeito a seus direitos e a melhoria da qualidade de suas vidas, na perspectiva dos direitos humanos.

4.3.2 Da não aplicação da Lei 10.216/01 pela Justiça Paulista.

A fala de nossos entrevistados, de outros estados da Federação, menciona que no Estado de São Paulo há resistências em relação ao conhecimento efetivo da Lei 10.216/01, bem como de sua concreta aplicação:

Para as pessoas que desconhecem a lei... tem que dizer "vem cá, você por acaso não tem conhecimento da resolução 35, do Conselho Nacional de Justiça? Que fala com todas as letras lá, que deve observar a lei 10216! Agora, está lá, dizendo dos direitos dos pacientes, da internação, dizendo que internação só em último caso, que a desinternação deve ser a regra. Quer dizer, os próprios operadores do direito não conhecem as regras. Eles não querem conhecer, eles não introjetaram isso, da importância, da mudança de paradigmas... Principalmente na área de direito, ela é muito demorada, é muito mesmo. Até porque o paulista, ele é muito metódico, o paulista sempre tem, vamos dizer assim, é muito positivista. Então, eu acho que aí em São Paulo precisava haver um movimento, São Paulo é, para o Brasil, é a metrópole, a nossa metrópole. (Nise, Sub Procuradora Geral da República).

São Paulo está muito atrasado nessa discussão, porque, ele continua recepcionando novos pacientes há fila de espera para entrar nos manicômios (...). Então, o que precisa primeiro acontecer é uma deliberação do ponto de vista jurídico mesmo, no âmbito jurídico, de que o manicômio judiciário não pode mais recepcionar pessoas (...). Se vocês conseguirem em São Paulo fechar a porta de entrada e encaminhar essa clientela, que seria uma clientela nova, para a rede de atenção em saúde mental estabelecida, mesmo que mediante a internação em unidades não manicomiais, enfim, em leitos conveniados ou coisa do gênero. Mas, sem aquela característica de segregação definitiva, já seria um grande passo (...) O que a gente percebe, o que eu tenho percebido, que eu já viajei por vários lugares do Brasil, e também em São Paulo, para a gente discutir saúde mental... O que a gente percebe é que muitos gestores públicos, assim como no meio do Ministério Público, também no próprio judiciário, sequer se conhece a

lei 10216; sequer se sabe que ela é aplicável também às pessoas que estão em medidas de segurança.(Wellington, Promotor de Justiça).

Para Nise e Wellington, nossos entrevistados, ocorre o desconhecimento da lei 10.216/01 ou do debate existente em relação à sua aplicação às medidas de segurança, inclusive nos setores da Justiça, destacando a necessidade da existência de mecanismos interinstitucionais, que permitam maior difusão e discussão sobre a temática, conforme já analisamos no item anterior.

O desconhecimento, acima apontado, representaria a continuidade da aplicação da legislação penal e a consequente perpetuidade da medida de segurança de internação, delineando-se a questão da *‘porta de entrada’*, conforme sinaliza o entrevistado Wellington, ou seja, os HCTPs paulistas continuam a recepcionar pessoas, por ordem judicial, que foram submetidas a medidas de segurança, devido ao cometimento de delito.

Esse cenário paulista vislumbrado pela continuidade das internações deve ser contextualizado, ainda que brevemente, dentro do atual contexto da política do “encarceramento” paulista, exemplificado com a inauguração, em 2006, da Unidade Experimental de Saúde, local destinado ao envio de adolescentes infratores, com suposto diagnóstico de transtorno mental, sendo objeto de diversas moções de repúdio por sua ilegalidade e a mais recente política de combate ao crack, com as prisões de dezenas de pessoas na denominada “Cracolândia”, significando o corte abrupto do trabalho que vinha sendo realizado por agentes de saúde no local.

A atual política do “encarceramento” paulista assinala sua incapacidade de

controlar a "decomposição do trabalho" e refrear a "hipermobilidade" do capital, que desestabilizam a sociedade como um todo, reforça a estratégia policial e de encarceramento das populações pobres. Na sociedade brasileira notamos que essa lógica do controle da exclusão pela penalidade, convive com um discurso dos direitos apregoado no plano político (ADORNO, VASCONCELLOS e ALVARENGA, 2011, p. 93).

A narrativa do entrevistado Wellington considera, como forma de enfrentamento à continuidade das internações nos HCTPs, no Estado de São Paulo, a necessidade da existência de “*deliberação do ponto de vista jurídico*”, ou seja, de que haja o entendimento pela aplicação da lei 10.216/01 no cumprimento das medidas de segurança, ocorrendo a internação somente quando os recursos extrahospitais forem insuficientes, de acordo com o artigo 4º da citada lei.

Os relatos de Nise e Wellington parecem querer sinalizar o conservadorismo dos setores da Justiça Paulista, em especial da Magistratura e do Ministério Público Estadual, ao prevalecer o entendimento majoritário pela não aplicação da lei 10.216/01 no cumprimento das medidas de segurança.

Ainda que de forma sucinta, vale expor o que consideramos como posicionamento progressista e conservador. Para os juristas penalistas o pensamento progressista está relacionado ao denominado garantismo penal⁴³, que busca combater o pensamento conservador, relacionado a uma visão protetiva da ordem social, através de uma política criminal puramente repressiva defendida nos últimos anos pelo denominado *populismo penal* midiático, legislativo e penitenciário, encontrando no movimento pela Lei e Ordem, com origem nos Estados Unidos, seu substrato teórico. Seus adeptos defendem que a sedimentação dos direitos humanos e a brandura da legislação criminal gera a falta de intimidação dos considerados delinquentes e, assim é preciso aumentar o rigor punitivo a fim de que o “perigo” seja vencido.

O entendimento de que a legislação penal é vigente em relação às pessoas com transtorno mental que cometeram delitos, em detrimento da lei 10.216/01, considera apenas a face de sanção estatal da medida de

---

⁴³ Em sua versão contemporânea, a teoria geral do garantismo foi formulada por Luigi Ferrajoli em sua obra “Direito e Razão”, de 1989. O denominado garantismo refere-se às garantias dos Direitos Fundamentais, entendidos estes como os direitos de liberdade e os direitos sociais, que “representam os alicerces da existência do Estado e do Direito; que os justificam, e que propiciam a base substancial da democracia” (CADERMATORI, 1999, p. 159).

segurança e sua punição rigorosa, submetendo à internação aqueles que cometeram delitos considerados mais graves, os apenados com reclusão.

Esse posicionamento conservador é perpetuado com uma interpretação pautada na perspectiva do positivismo jurídico formalista, preocupado apenas com a estrutura formal, ou seja, em seu aspecto exterior, através da norma positivada do Direito, acreditando-se na coerência do corpo legislativo, onde, por pressuposto, não haveria normas contraditórias e, assim a interpretação do jurista deve ser mecanicista, advinda da simples aplicação do texto legal.

Segundo Dallari (2002) faz-se necessária uma mudança de mentalidade no Poder Judiciário brasileiro, com a superação do legalismo formalista, uma vez que a grande maioria das decisões judiciais está mais preocupada com o apego às formalidades legais, herança do positivismo jurídico do século XIX, do que com ideais da Justiça, dos direitos humanos fundamentais e dos interesses sociais. Para ele é necessário inovar aplicando a Constituição, fazendo a complementação das disposições legais já existentes, para adequá-las aos casos concretos, tomando-se por base os princípios e as normas gerais já integradas na legislação.

Buscando contrapor-se a esse modelo positivista, surge, a partir da segunda metade do século passado, o movimento denominado de Pós Positivismo Jurídico que “inicia sua trajetória guardando deferência relativa ao ordenamento positivo, mas nele reintroduzindo as ideias de justiça e legitimidade” (BARROSO, 2001, pág.19).

No mesmo sentido, colocam-se as afirmações de Antônio Carlos Wolkmer, em relação à busca dos ideais da justiça, através da interpretação do jurista:

O magistrado, portanto, não se limita à atividade de natureza meramente interpretativa ou dedutiva daquilo que lhe é dado, mas sua tarefa consiste na revelação de uma forma jurídica mais adequada, mas equânime e mais justa. Consequentemente, a sentença judicial emanada do Juiz adquire, não só validade formal como também preceituação obrigatória e legitimação eficaz. Faz-se necessário, sem dúvida, assinalar que tais disposições judiciais são inegavelmente parte do Direito estatal na medida em que

tanto são respeitadas pelos litigantes e acatadas pelos tribunais, quanto reiteradamente incorporadas pelo legislador do Direito positivo. O papel do Juiz é acertadamente marcante, não só como recriador através do processo hermenêutico, mas também como adaptador das regras jurídicas às novas e constantes condições da realidade social. É contribuindo para a transformação e democratização contínua da ordem jurídica positiva que o Juiz, em seu mister interpretativo, insere a semente vivificadora e inspiradora do Direito justo (WOLKMER, 2003, p. 188).

A configuração desse cenário paulista, em que as interações continuam ocorrendo, devido à continuidade da aplicação da legislação penal e de seus mecanismos punitivos, por parte dos operadores do Direito, especialmente do Ministério Público e Poder Judiciário, envolve conservadorismo desses setores, que permanecem “aferrados ao texto frio da Lei de Execução Penal”, conforme defendido por Jacobina (2008, p. 137), em detrimento da aplicação dos dispositivos da lei 10216/01 e da realidade social inscrita nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

O conservadorismo paulista, pode ser exemplificado, no âmbito do Ministério Público de São Paulo, uma vez que há uma tese institucional, que vincula a aplicação das medidas de segurança à legislação penal, datada de 2003, após a promulgação da Lei 10.216/01, conforme já pontuamos anteriormente.

O Poder Judiciário, através de seus julgados, permite-nos afiançar no mesmo sentido. Há diversos acórdãos ⁴⁴, do Tribunal de Justiça de São Paulo, que denotam o positivismo jurídico paulista, conforme apontado pelos entrevistados.

No acórdão proferido pela 14ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, no recurso de Agravo de Execução Penal nº 0090364-04.2012.8.26.0000, datado de 30 de agosto de 2012, Relator Marco de Lorenzi, do qual extraímos os trechos abaixo, temos o posicionamento balizado pela não derrogação da LEP e Código Penal, que é legislação especial para casos onde ocorra a prática de crimes:

---

⁴⁴ Decisão de uma instância superior, nesse caso, em segundo grau de Jurisdição.

Registre-se, inicialmente, que esta Colenda 14ª Câmara Criminal vem entendendo que o Código Penal e a Lei de Execução Penal não foram derogados pela Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Com efeito, a disciplina legal que rege a sanção penal consistente em medida de segurança é especial em relação à Lei nº 10.216/01. Esta, portanto, é aplicável somente aos que, conquanto sofram de transtornos mentais, não praticaram conduta típica e antijurídica, reveladora de periculosidade e, por tal motivo, não estão sujeitos à medida de natureza penal. A Resolução nº 4/2012, do CNPCP Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, constitui recomendação e, como tal, não tem força de lei, não vinculando, portanto, o Poder Judiciário à sua aplicação (grifos nossos)⁴⁵.

O mesmo posicionamento foi adotado pela 8ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo, no acórdão proferido nos autos do recurso de Agravo de Execução Penal nº 0041632-89.2012.8.26.0000, datado de 28 de junho de 2012, Relator Moreira da Silva:

Agravo em Execução. Medida de segurança. Prorrogação de internação pelo prazo de um ano. pretendida substituição por tratamento em regime ambulatorial. Impossibilidade. Laudo pericial aponta a existência de periculosidade e necessidade de permanência do sentenciado em ambiente institucional. **Compatibilidade das normas sobre medida de segurança constantes do CP e da LEP com o regramento da chamada 'lei antimanicomial' (Lei 10.216/01). Diploma legal que não exclui a possibilidade de adoção da internação como melhor medida para o portador de transtornos mentais, desde por recomendação médica. Pretendida remoção para leito comum de hospital geral. Inadmissibilidade. Afora isso, nada nos autos indica que o sentenciado esteja recolhido em instituição de 'características asilares', situação vedada pela legislação.** transferência que, diante dos fatos em que se viu envolvido o sentenciado, poderia por em risco os demais pacientes do local. diante do resultado da perícia médica, melhor e mais prudente a prorrogação do prazo de internação. Nada a reparar(grifos nossos)⁴⁶.

Nesse acórdão podemos observar ainda que, além do entendimento pela não derrogação do CP e LEP pela Lei 10.216/01, há o

⁴⁵ <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsq/getArquivo.do?cdAcordao=6158567>. Acesso em 06 de junho de 2013.

⁴⁶ <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsq/getArquivo.do?cdAcordao=6021034&vCaptcha=EmWhY>. Acesso em 06 de junho de 2013.

pronunciamento judicial de que “*nada nos autos indica que o sentenciado esteja recolhido em instituição de 'características asilares'*”. Assim, diante do entendimento manifestado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, deveria ter existido a prova de que o HCTP é uma instituição asilar.

No campo jurídico do Direito Processual Penal, os chamados fatos evidentes ou notórios⁴⁷, independem de prova, o que poderia ser dispensado, diante do próprio reconhecimento por parte do julgador, da existência de uma lei chamada de “antimanicomial”, aprovada no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira e conforme defendido por inúmeros especialistas na temática, o HCTP possui características asilares (MAMEDE, 2006; MATTOS, 2006; MUSSE, 2008; JACOBINA, 2008).

A 9ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo, no Habeas Corpus nº 0280829-04.2011.8.26.0000, datado de 1º de março de 2012. Relator Roberto Midolla, pronunciou-se da seguinte forma:

A Recomendação nº 35 do Conselho Nacional de Justiça, mera orientação não tem força de lei, não vincula o Poder Judiciário à sua aplicação. Propõe ou recomenda aos Tribunais que “na execução de medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto”. Ora, a expressão sempre que possível, por si só, já indica que a maneira de execução de medida de segurança continua a critério do Juiz, dentro de sua discricionariedade, na forma, aliás, determinada pela lei penal. Não se imagina, aliás, que o Conselho Nacional de Justiça se dispusesse a propor, *contra legem*, a colocação de indivíduos perigosos para conviver com a sociedade, cuja segurança deve prevalecer. Certamente por isso, a internação não é descartada pela Recomendação, estando prevista no seu item III.

(...)

As regras do Código Penal relativas às medidas de segurança, inclusive a necessária perícia médica para aferição de eventual cessação de periculosidade, não foram derogadas e não podem ser ignoradas em face da edição da lei antimanicomial, que, como já visto, trata de política governamental visando à saúde pública em geral, protegendo os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, principalmente durante os surtos (grifos nossos).⁴⁸

⁴⁷ Os fatos evidentes e os notórios dispensam prova no Processo Penal, segundo a *máxima notoria vel manifesta non egent probatione* (o notório e o evidente não precisam de prova).

⁴⁸ Disponível em <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsjg/getArquivo.do?cdAcordao=5720474>. Acesso em 06 de junho de 2013.

As determinações do Conselho Nacional de Justiça, órgão cuja missão institucional é a de *“contribuir para que a prestação jurisdicional seja realizada com moralidade, eficiência e efetividade, em benefício da Sociedade”*, de adoção da Lei 10.216/01 nas medidas de segurança, por meio da Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010 e da Recomendação nº. 35, de 12 de julho de 2011, não tem surtido efeito prático na Magistratura Paulista, que interpreta que tais normativas são *“meras orientações”*, sem força de lei.

Embora haja críticas à Lei 10.216/01, pelas diversas alterações que o seu projeto de lei teria sofrido até a sua promulgação em 2001, sua aprovação adveio da luta de diversos movimentos sociais que reivindicaram, durante décadas, o reconhecimento do “louco” como sujeito de direitos, pautado nos princípios constitucionais da igualdade e de não discriminação, da liberdade, da dignidade da pessoa humana, entre outros.

Uma interpretação jurídica que recuse vigência à lei 10.216/01 negará a vigência desses princípios constitucionais e ao seu passado histórico democrático pautado na busca da reversão do quadro de marginalidade a que as pessoas com transtorno mental eram e ainda são submetidas (MUSSE, 2008).

Entretanto, o Tribunal de Justiça de São Paulo não se pauta nessa perspectiva e demonstra conservadorismo, em relação à aplicação da Lei 10.216/01, defendendo que se aplica somente às pessoas com transtorno mental que não cometeram delitos.

O conservadorismo jurídico e o seu consequente positivismo permeiam as instituições paulistas ligadas à Justiça, ao aplicar puramente a legislação penal e seus dogmas pautados na segregação, impede o acesso das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei a mecanismos mais democráticos e menos segregadores para a realização de seu tratamento, conforme preceituado pela Reforma Psiquiátrica e continua a tratá-las como objeto de um protocolo jurídico a ser cumprido, afinal outro não poderia ser o destino de um “louco infrator”.

As decisões proferidas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo remetem-nos ao conceito de *contrarrevolução jurídica*, exposto por Santos (2007):

Entendo por contrarrevolução judiciária uma forma de ativismo judiciário conservador que consiste em neutralizar, por via judicial, muito dos avanços democráticos que foram conquistados ao longo das duas últimas décadas pela via política, quase sempre a partir de novas Constituições (SANTOS, 2007, p. 75).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira se desenvolveu no contexto de luta pela redemocratização do país, cuja trajetória foi permeada pela implantação do SUS, realização das conferências de saúde e saúde mental, formação do movimento da luta antimanicomial, embates em torno do Projeto de Lei Paulo Delgado, que culminou na promulgação da Lei 10.216/01, enfim, por um processo que envolveu a construção de novas perspectivas não manicomiais e que dependeu e ainda depende da atuação de uma série de atores e movimentos sociais.

Dentro desse cenário de luta pelo combate à discriminação, à exclusão, à coisificação e recorrente violência contra as pessoas com transtorno mental é que ocorreu a aprovação da Lei 10.216/01 e são essas as diretrizes que devem permear qualquer discussão realizada sobre a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, sob pena de negarmos vigência ao próprio Estado Democrático de Direito.

A partir das falas de nossos entrevistados e com o auxílio de documentos jurídicos e literatura especializada, podemos considerar que o Poder Judiciário Paulista tem pautado suas decisões, em relação à aplicação da lei 10.216/01 nas medidas de segurança, a partir de uma visão mais conservadora e positivista, desconsiderando as Resoluções editadas pelo Conselho Nacional de Justiça e Ministério da Justiça, através do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, constituindo-se como desafio para a implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica nos HCTPs.

4.4 SOBRE O CRITÉRIO LEGAL COMO CRITÉRIO EM SAÚDE.

4.4.1. Acerca da (i) lógica do critério legal para determinação da medida de segurança: Absolvidos, mas condenados.

Prá começo de conversa, são 3 cenas,
são 3 cenas anteriores e posteriores
às minhas 12 passagens
pelas casas dos mortos,
que são os manicômios;
(...)

... cenas que, por si sós,
**deveriam envergonhar os ditames legais
das processualísticas penais e manicomiais;**
mas, aqui é a realidade manicomial!
(Bubu, A Casa dos Mortos, grifos nossos).

A análise das narrativas de nossos entrevistados permite revelar o questionamento em relação aos critérios legais impostos pela vigência da legislação penal, como critérios de saúde.

Nesse sentido, vale apontarmos os critérios legais utilizados, dentro da dogmática penal, para a aplicação das medidas de segurança, em alguns aspectos já ponderados na Introdução do trabalho.

Dentro da atual legislação penal, considerando a sua aplicabilidade em detrimento da lei 10.216/01, a medida de segurança é uma sanção legal, aplicada aos inimputáveis ou semi-imputáveis, entendendo-se como imputabilidade a capacidade de entendimento psíquico do caráter ilícito do comportamento delituoso, de acordo com o que prevê o artigo 26, *caput*, do Código Penal.

O indivíduo para ser considerado inimputável deve, por uma questão patológica, “doença mental ou por desenvolvimento mental

incompleto ou retardado”, nas palavras do Código Penal, “ser inteiramente incapaz na sua capacidade de entendimento do caráter ilícito em relação à sua conduta criminosa”.

Já o semi-imputável, segundo o parágrafo único, do mesmo artigo 26, pode ter sua pena reduzida de um a dois terços, *“se o agente, em virtude da perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”*

Nesse sentido, conforme o artigo 149, do CPP, *“quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal”*, chamado de exame de insanidade mental, cabendo ao perito médico constatar a influência do estado mental do indivíduo na sua capacidade de discernimento ou, no seu poder de vontade de determinar-se de acordo com esse entendimento, ao tempo do cometimento do crime.

Assim, ao final do processo, o juiz, baseado no laudo elaborado pelo psiquiatra, pode declarar o acusado do cometimento de um delito, desde que esteja comprovada a autoria e a materialidade, como inimputável ou semi-imputável, decretando-lhe a chamada absolvição imprópria⁴⁹, uma vez que será absolvido, mas lhe será aplicada a medida de segurança, como sanção penal.

A medida de medida de segurança consistirá em internação em HCTP, chamada de modalidade detentiva, ou em tratamento ambulatorial, denominada de modalidade restritiva. A modalidade da medida de segurança é determinada pela pena privativa de liberdade prevista, em abstrato, para o crime cometido pelo indivíduo, que poderá ser pena de reclusão ou de detenção⁵⁰. Se abstratamente a pena prevista pelo legislador

---

⁴⁹ Art. 386, parágrafo único, inciso II, do CPP.

⁵⁰ A diferenciação entre reclusão e detenção, atualmente, restringe-se quase que exclusivamente ao regime de cumprimento de pena, que na primeira hipótese deve ser feito em regime fechado, semiaberto ou aberto, enquanto na segunda hipótese não se admite o regime fechado, conforme já expusemos na introdução.

for de reclusão, a medida de segurança será a de internação. Se for a de detenção, caberá ao juiz a escolha entre a internação e o tratamento ambulatorial.

Mas em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos (artigo 97, § 4º, do Código Penal). O contrário não é previsto.

Ainda temos a medida de segurança substitutiva, aplicada aos semi-imputáveis, prescrição trazida pelo artigo 98 do Código Penal, que estabelece que a pena privativa de liberdade possa ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, se o condenado necessitar de especial tratamento curativo.

Essa lógica que absolve a pessoa com transtorno mental pelo cometimento de um delito, por ser inimputável, mas aplica-lhe medida de segurança, vinculada ao critério objetivo do tipo de pena privativa de liberdade prevista em abstrato para o crime, é contestada por alguns dos entrevistados.

Se a gente for falar teoricamente, ou filosoficamente, ou em bases legais, se o paciente é absolvido, como é que ele fica ligado ao sistema penitenciário e não à saúde! Então, como é que você exclui... o paciente com transtornos mentais, só porque cometeram um crime e foram julgados inimputáveis; se eles foram julgados inimputáveis, eles não podem ser condenados (Franco, Médico Psiquiatra).

É uma situação em que o juiz reconhece que o sujeito não se submete ao sistema penal, mas, aplica o sistema penal nele; quer dizer, é preciso realmente ver essas pessoas como pessoas, como cidadãos, como pessoas que precisam de tratamento psiquiátrico muito mais do que de punição, mesmo porque, é claro que eles não são responsáveis perante a lei Então seria não só a desjudicialização como a desinstitucionalização; parar de ser vista essa medida de

---

A pena abstrata consiste na pena prevista na legislação incriminadora para o delito e que será de reclusão ou de detenção e terá o seu prazo mínimo e máximo estabelecido pelo legislador. O indivíduo ao ser condenado, juiz lhe estabelece o *quantum* da pena, sendo aqui denominada de pena concreta.

segurança como punição e passar a ser vista realmente como medida de saúde, sanitária (Joel, Procurador da República).

Claro que não há lógica nenhuma em atrelar reclusão-internação, detenção, talvez medida ambulatorial... a indeterminação das medidas de segurança constituem um absurdo...(Silvio, Psicólogo).

Eu acho que a questão também, a outra questão, é de quem entra, ou de quem irá entrar... É aí também que tem um entrave; porque se ainda ficar baseado... Se bem que alguns juízes parece que já estão mudando isso. Mas se ainda ficar baseado que o crime dele é passível de reclusão, é passível de restrição, aí complica. Eu acho que realmente teria que valer, na hora que o paciente é avaliado, na época do julgamento, que é avaliado, assim, o que vai ser feito... Cometeu o delito, padece de tal transtorno... O que é melhor para esse paciente? Então, se decidir o que é melhor para ele (Maria Clementina, Psicóloga).

Em suas falas, os entrevistados questionam o paradoxo legal consistente na absolvição das pessoas com transtorno mental, por serem inimputáveis, mas que, ao lhe ser imposta uma medida de segurança, determina, na verdade, por condená-las, pois são submetidas ao ‘*sistema penitenciário*’ e ao ‘*sistema penal*’, conforme afirmam nossos entrevistados Franco e Wellington, respectivamente.

Esse tipo de crítica apresentada por nossos entrevistados encontra-se no trabalho de Jacobina (2008), ao considerar que nosso direito conhece uma sentença absolutória imprópria, que determina que não há como considerar o réu culpado, por não lhe reconhecer sanidade, absolvendo-o, mas submete-o ao sistema jurídico punitivo.

Essa perspectiva adotada pela dogmática penal seria, inclusive, inconstitucional, uma vez que o texto constitucional estabelece, em seu artigo 5º, LVII, que “*ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado da sentença penal condenatória*”. Por lógica dedutiva, à pessoa com

transtorno mental é aplicada sentença absolutória e, portanto, não poderia ser considerado culpado e submetido a uma sanção penal.

Os entrevistados Silvio e Maria Clementina questionam ainda o critério legal, que estabelece que a medida de segurança será de internação ou de tratamento ambulatorial, conforme o tipo de pena privativa de liberdade prevista, em abstrato, para o crime.

O questionamento da entrevistada Maria Clementina aponta para a perspectiva que a relação entre pena de reclusão e internação, desconsidera o melhor tratamento em saúde para o paciente, uma vez que para muitos indivíduos a internação seria desnecessária.

O paradoxo pontuado pelos entrevistados também é questionado por Musse (2008):

O critério utilizado para o estabelecimento de tratamento ambulatorial ou internação hospitalar, em HCTP, é a gravidade do delito praticado (a importância do bem jurídico atingido) e não a gravidade do transtorno psiquiátrico, o que denota, claramente, a prevalência do critério jurídico-legal em detrimento do critério médico-científico (MUSSE, 2008, p. 143).

Há um contrassenso na lógica reclusão-internação, uma vez que, teoricamente, o escopo das medidas de segurança, conforme revelado na Exposição de Motivos do Código Penal, é a de que “a medida de segurança, de caráter meramente preventivo e assistencial, ficará reservada aos inimputáveis”, atribuindo-lhe um caráter preventivo-especial, o que não é observado ao vincular o tratamento em saúde ao tipo de pena privativa de liberdade prevista para o delito.

O entrevistado Raul levanta outro aspecto polêmico:

Nós sabemos que há casos extremos de pessoas que precisam de internação, mas, a realidade não reflete isso, nós presenciamos nos hospitais de custódia é que muitos que estão lá poderiam ser tratados por tratamento ambulatorial, poderiam ser medicados nas suas próprias residências, em consultas médicas, não haveria necessidade de internação. Acho que falta um pouco de sensibilidade dos juízes quanto essa medida extrema. Nesses casos de delitos de porte médio não faz sentido

submeter alguém a tratamento de internação por conta única e exclusivamente da natureza do delito ser de reclusão ou de detenção, são crimes que se praticados por pessoas comuns, desde que primários ensejariam ao regime aberto, substituição da pena privativa de liberdade por restritiva de direitos, ou seja, o cidadão comum nunca cumpriria uma pena de prisão por cometer tais delitos (Raul, Advogado).

Raul refere-se a outro aspecto revelador da vinculação existente entre gravidade do delito e tipo de tratamento, ao apontar que muitas pessoas que estão nos HCTPs, se fossem imputáveis, estariam cumprindo penas ‘em regime aberto’ ou seriam submetidas a ‘*substituição da pena privativa de liberdade por restritiva de direitos*’, algo já assinalado por Mattos (2006).

Importante verificar que os considerados imputáveis, podem ter como regime inicial de cumprimento de pena, o regime fechado, semiaberto ou aberto, já nos crimes apenados com detenção não há o regime fechado.

Além disso, muitos crimes podem ser passíveis de conversão em penas restritivas de direitos, caso a pena privativa de liberdade seja de até 4 anos e o crime não tenha sido cometido sem violência ou grave ameaça. Já os crimes com pena máxima de até 2 anos, ou com pena mínima de até 1 ano, vislumbram medidas despenalizadoras previstas na lei 9.099/95, tais como o instituto da transação penal e o da suspensão condicional do processo.

Assim, se considerássemos esses critérios, se fossem imputáveis, muitas pessoas com transtorno mental jamais teriam sido condenadas a penas privativas de liberdade em regime fechado a ser cumprido em penitenciárias, mas estariam cumprindo outra espécie de pena privativa de liberdade ou restritiva de direitos. Entretanto, como são inimputáveis, resta-lhes a internação em HCTP, como regra.

Para melhor ilustrar e compreendermos a amplitude de que se revestem os indicadores sinalizados pelos nossos entrevistados, nos

valeremos de alguns dados estatísticos disponíveis sobre os HCTPs de São Paulo e de decisões judiciais, a respeito.

O Censo Nacional realizado em 2011 (DINIZ, 2013) elenca os crimes cometidos pelas pessoas internadas nos HCTPs paulistas. Tabulamos os dados em relação aos três HCTPs de São Paulo, dentro de um universo de 1.025 pessoas retratadas no Censo⁵¹:

Constatamos que há 134 pessoas que cometeram crimes apenados com detenção e, que, pela quantidade de pena aplicada, poderiam ter sido beneficiadas pela lei 9.099/95, que traz a transação penal, que é um instituto jurídico que prevê uma espécie de acordo entre o acusado e o Promotor de Justiça, homologado pelo juiz, que pode consistir na entrega de cestas básicas, composição do dano cível à vítima, entre outros.

Observamos também que há 144 pessoas que cometeram crimes apenados com reclusão com pena mínima cominada de 1 ano, ou seja, pessoas que poderiam ter sido beneficiadas pela suspensão condicional do processo prevista na lei 9.099/95 (suspensão do processo pelo período de 2 a 4 anos, após o qual será extinto se o acusado não voltar a praticar um novo delito) ou serem condenados no regime aberto.

Por fim, nesse levantamento observamos ainda a existência de 25 pessoas apenadas com reclusão que poderiam ter suas penas privativas de liberdade convertidas em pena restritiva de direitos ou regime aberto e 42 pessoas, que cometeram crimes apenados com reclusão e que poderiam estar em regime aberto e que, no mínimo, 220 pessoas poderiam ter se beneficiado com o regime semiaberto.

Merece destaque a existência de duas pessoas que estão nos HCTPs pelos crimes de sedução e rapto violento ou mediante fraude, que foram revogados pela Lei 11.106/05, ocorrendo a chamada “*abolitio criminis*”, ou seja, não há mais crime, pois segundo o artigo 2º, “caput”, do CP, “*ninguém pode ser punido por fato que lei posterior deixa de considerar*

---

⁵¹ Dados compilados pela pesquisadora a partir de Diniz(2013).

crime, cessando em virtude dela a execução e os efeitos penais da sentença condenatória”.

Tal fato aponta para mais um paradoxo do sistema jurídico penal brasileiro, pois, ocorrendo a “abolitio criminis”, se as referidas pessoas fossem imputáveis, haveria a extinção total dos efeitos da condenação. Mas como são inimputáveis e não tiveram uma sentença condenatória, mas sim, uma sentença absolutória, continuam reclusos no HCTP.

Luiz Regis Prado assevera *que*:

Não há dúvida de que, a exemplo das penas, as medidas de segurança também estão submetidas ao princípio da legalidade”, embora admita que “um dos princípios decorrentes da legalidade penal, **o da retroatividade da lei penal mais benéfica, nem sempre foi tido como válido para as medidas de segurança** (2004, p.688).

Outro dado que reforça a incongruência da relação existente entre internação ao crime apenado à pena de reclusão, conforme apontado por Raul, nosso entrevistado, pode ser observado dos trechos extraídos do acórdão proferido na 12ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo, no recurso de Apelação nº 0005328-55.2007.8.26.0586, datado de 24 de abril de 2013, Relator Paulo Rossi:

Trata-se de apelação interposta por M. F. de P., contra a r. sentença datada de 05/04/2010, prolatada pelo MM. Juiz de Direito da 2ª Vara Judicial da Comarca de São Roque, que absolveu o Apelante da prática do delito de furto (artigo 155, *caput*, do Código Penal), nos termos do artigo 386, inciso VI e seu parágrafo único, do Código de Processo Penal, e a ele foi imposta medida de segurança, devido ao reconhecimento de sua inimputabilidade, **consistente na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico pelo prazo mínimo de 01 (um) ano**, nos moldes dos artigos 96, inciso I e 97, §1º ambos do Código Penal (fls.88/93).

Consta da denúncia que, no dia 26 de agosto de 2007, por volta das 11h, no interior do Supermercado São Roque, situado na R. Benjamim, Constant, centro, na cidade e Comarca de São Roque, M. F. de P., **subtraiu, para si, 03 mangas, 07 peras, 05 goiabas, 12 mini coxinhas, 07 torresmos, 02 frangos em pedaços, 02 frangos inteiros, 07 “Yakults”, 01 massa para pastel, 01 ketchup, 2,206kg de carne, 01 danone light, todos avaliados em R\$83,60**, pertencente ao Supermercado São Roque.

A r. Defesa, em suas razões, postula a readequação da medida de segurança, uma vez que o **laudo pericial prescreveu internação por apenas 03 meses e tratamento ambulatorial daí em diante** (grifos nossos) ⁵².

Se M. F. de P. fosse imputável, jamais cumpriria pena privativa de liberdade, mas, como inimputável, a Juíza determinou medida de segurança de internação, de no mínimo 1 ano, pelo furto dos produtos acima mencionados, uma vez que o delito de furto, previsto no artigo 155, “*caput*”, do CP, é apenado com reclusão. Ainda devemos considerar que a pena prevista para o delito é de 1 a 4 anos, assim pelo *quantum* da pena jamais haveria a aplicação do regime fechado ou semiaberto; poderia ocorrer a substituição de pena privativa de liberdade por pena restritivas de direitos, além da aplicação do instituto da transação penal, previsto na Lei 9.099/95, que consiste em uma proposta por parte do Ministério Público de aplicação imediata de pena restritiva de direito ou de multa.

Essa não lógica da sistemática penal deve ser questionada à luz da aplicação da lei 10.216/01 no cumprimento das medidas de segurança, o que acarretaria na visão da medida de segurança como medida terapêutica e não como sanção penal, fazendo-se diluir a lógica carcerária que permeia o sistema apenas repressivo em torno delas e nesse sentido há decisão do STF, a qual transcrevemos:

EMENTA: AÇÃO PENAL. Execução. Condenação a pena de reclusão, em regime aberto. Semi-imputabilidade. Medida de segurança. Internação. Alteração para tratamento ambulatorial. Possibilidade. Recomendação do laudo médico. Inteligência do art. 26, caput e § 1º do Código Penal. Necessidade de consideração do propósito terapêutico da medida no contexto da reforma psiquiátrica. Ordem concedida. Em casos excepcionais, admite-se a substituição da internação por medida de tratamento ambulatorial quando a pena estabelecida para o tipo é a reclusão, notadamente quando manifesta a desnecessidade da internação (STF, Habeas Corpus 85401/RS, Segunda Turma, Relator Ministro Cezar Peluso, Julgamento em 04/12/2009) ⁵³.

⁵² <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsq/getArquivo.do?cdAcordao=6689077&v1Captcha=eYxEu>. Acesso em 06 de março de 2013.

⁵³ <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2265220>. Acesso em 06 de junho de 2013.

Os dados estatísticos e documentos jurídicos apresentados acima podem ser indicativos dos aspectos mencionados por nossos entrevistados, em relação à incoerência dos critérios legais aplicados às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e a finalidade terapêutica das medidas de segurança, que acabam por representar, apenas, a sua característica de sanção penal.

4.4.2. Os prazos mínimo e máximo da medida de segurança: as vulnerabilidades de ser “louco infrator”.

Os entrevistados, em suas falas, mencionaram outra contradição, em relação ao critério legal como critério de saúde, na medida em que existem prazos sem qualquer vinculação a uma lógica terapêutica, além de indeterminação da duração da medida de segurança.

Eu fui dar uma palestra outro dia, e é impressionante, uma das coisas que eu tinha colocado, assim, a minha preocupação com a medida de segurança, que ela não tem um limite... Acho que é a única forma do Brasil ter prisão perpétua, ainda; porque alguns juízes lá estão aceitando o limite de 30 anos...Mas ainda tem gente que não aceita e o paciente fica. Hoje, o que eu sinto é assim, mesmo tendo a equipe de saúde mental que trata do paciente, a decisão, alta, quem dá realmente é a justiça, e baseada nos seus critérios. É um entrando na área do outro, sem conhecimento (Maria Clementina, Psicóloga).

A indeterminação das medidas de segurança constitui um absurdo (Silvio, Psicólogo).

Submeter o cidadão à medida extrema de internação, que hoje lamentavelmente nada mais é que uma prisão sem prazo, né, então o componente cadeia continua nessas unidades, isso tem que efetivamente acabar, no entanto, o

doente mental acaba aí pagando o preço e muitas vezes fica aí internado por tempo indeterminado e muitas vezes cumpre uma pena de prisão perpétua que é ilegal e que não é permitida por nossa Constituição (Raul, Advogado).

Há questões legais que precisam ser debatidas... algumas coisas que não entendo...porque o prazo de 1 ano para cessar a medida de segurança? Por que um ano? Então a gente precisa debater mais algumas questões (Guilherme, Juiz de Direito).

Dentro da sistemática penal não há um prazo determinado para a duração da medida de segurança, perdurando enquanto não houver laudo de cessação de periculosidade, emitido por perícia médica.

Sobre a indeterminação do prazo da medida de segurança, há diversos posicionamentos dentro da doutrina jurídica penal.

A primeira entende que não há prazo máximo para o cumprimento da medida de segurança, podendo perdurar até a cessação da periculosidade do agente, mesmo que isso possa durar a vida inteira.

Nessa perspectiva, vincula-se a duração da medida de segurança à “cura do louco”, desconsiderando que, a despeito dos avanços na saúde, há diversas enfermidades que não podem ser curadas, mas sim tratadas e, mais do que isso, que dentro dos parâmetros da Reforma Psiquiátrica, segundo Jacobina (2008) não se fala em cura, mas em promoção de sua autonomia e na sua inserção no sistema de trocas sociais, observadas as suas aptidões e características próprias do seu jeito de ser.

Para a segunda corrente, a medida de segurança deve possuir prazo determinado previamente, sob pena de estar se admitindo a institucionalização da pena com caráter perpétuo, o que se configuraria inconstitucional, assim o prazo da medida de segurança seria regulado pelo limite máximo da pena privativa de liberdade prevista para o crime praticado.

Para o Supremo Tribunal Federal, prevalece o entendimento de que há o prazo máximo de 30 anos, aplicando, por analogia o artigo 75, do CP, que prevê que o tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 30 (trinta) anos.

Maria Clementina e Raul, nossos entrevistados, abordam em seus relatos, que a indeterminação do prazo de término da medida de segurança transforma-a no único caso de '*prisão perpétua*' no Brasil, entendimento defendido por grande parte da produção acadêmica brasileira, como Dotti (1999), Bitencourt (2000), Peres e Nery Filho (2002), Mattos (2006), Dantas e Chaves (2007).

A indeterminação do prazo de cumprimento da medida de segurança fere, entre outros, o princípio da legalidade, base fundamental de todo o Direito Penal, cujo postulado é "*nullum crime e nulla poena, sine previa lege*", ou seja, não há crime ou pena sem que haja prévia cominação legal, o qual é a base fundamental de todo sistema penal.

Prado (2004) conceitua o princípio:

A sua dicção legal tem sentido amplo: não há crime (infração penal) nem pena ou medida de segurança (sanção penal) sem prévia lei (*stricto sensu*). Isso vale dizer: a criação dos tipos incriminadores e de suas respectivas consequências jurídicas está submetida à lei formal anterior (garantia formal). Compreende, ainda, a garantia substancial ou material que implica uma verdadeira predeterminação normativa (*lex scripta lex praevia et lex certa*) (PRADO, 2004, p.130).

Assim, o princípio da legalidade impõe ao Estado que, ao exercer restrições a direitos fundamentais do cidadão, como a liberdade, deve pautar-se pela lei em sentido estrito que, por sua vez, trará previamente ao cometimento do delito a descrição da conduta proibida, bem como a sua correlata sanção.

Dessa forma, ao não determinar o prazo da medida de segurança, não há previsão exata da sanção imposta, o que configura inconstitucionalidade e violação dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, configurando, com isso, uma situação de desigualdade do "louco infrator" em termos de Justiça.

Raul aponta também, em seu discurso, que a indeterminação do prazo das medidas de segurança, ao transformá-la em prisão perpétua, '*não*

é permitida por nossa Constituição’, fato igualmente considerado por Zaffaroni (2004):

De acordo com as regras legais expressas, as medidas de segurança não teriam limite máximo, ou seja, poderiam, por hipótese, perdurar durante toda a vida da pessoa a elas submetidas, sempre que não advenha uma perícia indicativa da cessação da periculosidade do submetido. Esta consequência deve chamar a interpretação dos intérpretes de qualquer lei penal, por menos que reflexionem sobre uma medida de segurança significar limitações de liberdade e restrições de direitos, talvez mais graves do que os dotados de conteúdo autenticamente punitivo. Se a Constituição Federal dispõe que não há penas perpétuas (art.5º, XLVII, b), muito menos se pode aceitara existência de perdas perpétuas de direitos formalmente penais (ZAFFARONI,204, p. 809).

Mattos (2006) discute, igualmente, a inconstitucionalidade da indeterminação do prazo da medida de segurança, sustentando que se trata de pena *ad vitam*, cujo *“único alvará de soltura é a morte”* e ainda questiona: “Não seria ‘menos ruim’ a responsabilização do portador de sofrimento mental infrator? Por que a manutenção do binômio punição e tratamento, se apenas se estabelece a punição e custódia para sempre?” (MATTOS, 2006, p. 148). Essa é uma questão que permanece em aberto.

A dogmática penal estabelece ainda o prazo mínimo de 1 a 3 anos, a ser fixado pelo juiz, para o cumprimento da medida de segurança. (art. 97, parágrafo 1º, do CP). Sobre essa questão o entrevistado Franco, médico psiquiatra, aponta para a condição particular que o “louco infrator” possui em relação à Justiça em nosso país, que o aliena do direito aos cuidados em saúde, ao determinar legalmente o prazo mínimo de seu “tratamento”, colocando-o em situação de vulnerabilidade.

O juiz diz inclusive o mínimo, medida de segurança pelo prazo mínimo de um ano, pelo prazo mínimo de dois anos! Quer dizer, como é que uma pessoa que não é da área da saúde determina o prazo de uma internação?!É incongruente, como é que você está doente e é o juiz que determina, que você saia de sua casa, saia da sociedade, e não vai tratar-se, mas sim ficar preso, quando você está

doente?! Então, eu não entendo de lei mas acho que alguém deveria responder por isso (Franco, Médico Psiquiatra).

A utilização desse critério legal apresenta três questionamentos importantes, que desvelam a incongruência da sistemática legal.

O primeiro é o do que o “louco infrator” terá que cumprir o prazo mínimo estabelecido na sentença, ainda que esteja preparado para o retorno ao convívio social, antes desse período. Portanto, a preocupação no cumprimento da medida de segurança não é o cuidado à saúde mental do indivíduo, mas sim o caráter retributivo, ou seja, de castigo, de “pagamento pelo mal praticado”, o que constitui uma violação de seus direitos fundamentais, uma vez que, ao continuar submetido à medida de segurança, mesmo que não seja essa a indicação clínica, deverá terminar de cumprir o prazo mínimo estabelecido pelo juiz, tornando-se assim pena, em seu caráter retributivo.

Um segundo aspecto é o de que, para o “louco infrator”, o estabelecimento desse prazo mínimo o coloca em profunda desigualdade em relação aos chamados imputáveis, uma vez que se assim fosse considerado, muitas vezes, não seria submetido nem mesmo ao prazo mínimo de 1 ano de pena.

Tomemos, como exemplo, a seguinte realidade dos HCTPs de São Paulo. Há, segundo o Censo Nacional de 2011, 22 pessoas internadas pela conduta do crime de ameaça⁵⁴, previsto no artigo 147, do CP com uma pena de detenção, de um a seis meses, ou multa. Ou seja, se elas fossem imputáveis, cumpririam uma pena privativa de liberdade de no máximo 6 meses, sem considerarmos que a pena privativa de liberdade de detenção, de até 6 meses, nunca ensejaria um regime de pena que não fosse o regime aberto.

---

⁵⁴ Dados extraídos de Diniz(2013) e compilados pela pesquisadora em relação aos três HCTPs paulistas.

O terceiro aspecto a ser considerado, em relação ao prazo mínimo, é sobre o critério adotado pelos juízes para estabelecer o critério de tempo entre 1 a 3 anos.

Para a fixação do *quantum* mínimo de duração da medida de segurança baseia-se na gravidade do delito praticado e não na gravidade da doença mental apresentada pelo indivíduo que praticou o delito, ou seja, o critério utilizado para o “tratamento” é jurídico-legal e não clínico-terapêutico (MUSSE, 2008).

Assim, a finalidade curativa da medida de segurança é desvirtuada e/ou descaracterizada, uma vez que deveria estar voltada à saúde mental do infrator com transtorno mental, entretanto, tal perspectiva é ignorada, em detrimento do bem jurídico atingido pelo ato por ele praticado, indicando, não somente, sua face de sanção estatal preocupada com a defesa social e a segurança pública, mas, sobretudo as condições de vulnerabilidade a que o “louco infrator” é colocado pelo próprio Estado, pela condição de não cuidado em saúde que tal medida estabelece.

Para sustentarmos a afirmação acima, tomemos como exemplo, trechos do acórdão proferido pela 12ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo, no recurso de Apelação nº 0046916-56.2010.8.26.0224, datado de 3 de abril de 2013, Relator João Morengi:

R. W. P. foi denunciado perante o Juízo de Direito da Vara do Júri da Comarca de Guarulhos por infração ao artigo 121, “caput”, c.c. com o artigo 14, inciso II, ambos do CP, mas foi absolvido com fundamento no artigo 415, IV do Código de Processo Penal, aplicando-se-lhe **medida de segurança detentiva consistente em internação em hospital de custódia e tratamento pelo prazo mínimo de três anos.**

(...)

Inconformado recorreu alegando, ainda, que a determinação do prazo máximo para internação contrariou a recomendação dos médicos psiquiatras signatários do laudo de fls. 44/51, que é de apenas um ano, no mínimo.

(...)

Isso significa dizer que o Juiz poderá, de acordo com as peculiaridades do caso, e da conclusão pericial, estabelecer o prazo mínimo de internação, que será de um a três anos.

No caso dos autos, o médico psiquiatra que examinou o apelante, após longas considerações sobre sua doença mental, destacando

o fato de que ele poderia reincidir nesse tipo de crime ou em outro, **recomendou sua internação por prazo não inferior a um ano. Portanto, o M.M. Juiz, ao eleger o prazo máximo não desconsiderou a recomendação médica, como sugere a defesa, tendo apenas optado por um prazo maior que o recomendado, dentro de seu poder discricionário** (grifos nossos).⁵⁵

Após o cumprimento desse período mínimo estabelecido na sentença, o indivíduo só poderá ter direito à chamada desinternação, ou liberação condicional, se houver a cessação de sua periculosidade. Entretanto, se antes do prazo de 1 ano, praticar fato indicativo de persistência de sua periculosidade, a medida de segurança poderá ser reestabelecida, ou seja, poderá ser reinternado.

Essa reinternação não é vinculada ao cometimento de um novo delito, mas à prática de qualquer ato que possa ser demonstrativo da persistência da periculosidade, sendo determinada unicamente pelo juiz, sem um novo exame pericial, pautando-se em juízo de valor baseado na Moral e não em um critério jurídico.

A aferição dessa conduta indicativa de periculosidade é realizada pelo juiz por meios subjetivos, através de indiciárias expressões de conduta, interpretando atitudes exteriorizadas, analogias ou sugestões de experiências em casos anteriores. Assim, a lei espera que o interno entenda e cumpra as condições impostas, sob pena de reinternação motivada por quebra de salvo-conduto.

Na Audiência Pública sobre “Saúde mental: Execução de medida de segurança e aplicação da lei 10.216/01 ao Sistema Penitenciário Nacional” (2011), o diretor do Instituto de Saúde Mental do Distrito Federal, o médico Ulysses Rodrigues de Castro, narrou que, na sua experiência na direção de tal instituto, ocorreu apenas um caso de reinternação, pois o indivíduo foi encontrado em um prostíbulo⁵⁶.

O juízo de reprovabilidade da conduta praticada como indicativa de periculosidade envolverá um critério subjetivo, baseado na análise da

⁵⁵ <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsq/getArquivo.do?cdAcordao=6693664>. Acesso em 06 de junho de 2013.

⁵⁶ Áudio transcrito pela própria pesquisadora.

personalidade e conduta social do indivíduo, julgando-se a pessoa e aplicando-lhe uma pena sem crime, constituindo-se, por esse motivo, inconstitucional, diante da afronta ao princípio da legalidade, entre outros.

Novamente, estamos diante de uma evidente ilegalidade, pois a pessoa, quando desinternada não terá parâmetros fixos dos possíveis atos considerados como demonstrativos de sua periculosidade. Afinal, em que consiste a periculosidade que, por sua complexidade, será analisada no item 4.5.1. Já o indivíduo considerado imputável, ao ter a sua liberdade condicional concedida, terá a exata noção das condições a que está vinculado, segundo os parâmetros dos artigos 86 e 87, do Código Penal⁵⁷.

Na legislação penal temos, portanto, uma série de critérios legais para o cumprimento da medida de segurança, que perpetuam a segregação e que impõe, às pessoas com transtorno mental, uma dupla penalização, se comparados àqueles que não têm qualquer comprometimento de ordem mental, em desacordo, portanto, com os atuais princípios constitucionais da legalidade, da igualdade, da proporcionalidade e da dignidade da pessoa humana. Por outro lado, a questão da inadequação aos cuidados em saúde amplia para a pessoa, nessa condição, sua vulnerabilidade em saúde.

Concluiremos com as palavras proferidas pelo jurista Zaffaroni, em palestra proferida no IBCCrim (Instituto Brasileiro de Ciências Criminais): "Estamos em condições de defender, no Direito Penal, os limites do poder punitivo no momento em que o poder punitivo está ameaçando os Direitos Humanos no mundo todo?"⁵⁸.

---

⁵⁷ Art. 86 - Revoga-se o livramento, se o liberado vem a ser condenado a pena privativa de liberdade, em sentença irrecorrível: I - por crime cometido durante a vigência do benefício; II - por crime anterior, observado o disposto no art. 84 deste Código.

Art. 87 - O juiz poderá, também, revogar o livramento, se o liberado deixar de cumprir qualquer das obrigações constantes da sentença, ou for irrecorrivelmente condenado, por crime ou contravenção, a pena que não seja privativa de liberdade.

⁵⁸Disponível em <http://www.conjur.com.br/2012-ago-29/raul-zaffaroni-defende-contencao-poder-punitivo-estado>. Acesso em 06 de junho de 2013.

4.5 SOBRE O LAUDO DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE E SUAS CONTROVÉRSIAS.

4.5.1 – A definição de periculosidade como problema complexo: interfaces entre Ciência, Moral e Justiça.

A fala dos entrevistados, ao lado da literatura, apontam questionamentos sobre o conceito de periculosidade existente em nosso Código Penal relacionado, no âmbito legal, somente às pessoas com transtorno mental que cometeram delitos, gerando assim uma vinculação entre transtorno mental e perigo.

Para analisarmos a questão da concepção de periculosidade, que emerge como problema complexo, coloca-se como relevante tecer algumas considerações sobre o contexto histórico que introduziu esse conceito na legislação penal brasileira.

No cenário pós Independência, é aprovado o Código Criminal do Império de 1830, momento em que a legislação brasileira estava pautada nos alicerces da doutrina clássica do Direito Penal estabelecidas, em 1767, por Cesare Beccaria, em seu livro *“Dos Delitos e das Penas”*, que se colocando contra os excessos punitivos medievais, sistematizou novas bases para a justiça penal com as ideias de limite do poder de punir do Estado, oposição às penas capitais e corporais e condicionamento do crime à sua definição legal, sendo, sob esse aspecto, a pena exercida em função da gravidade do delito, independendo dos atributos pessoais de quem o praticava.

Segundo a regra vigente no Código Criminal do Império, não se julgavam criminosos os *“loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometeram o crime”* e para defini-los como tal, não ocorria

a interferência de peritos médicos, fazendo com que o julgamento do “louco” fosse baseado em critérios ético-morais.

Se assim fossem considerados, o juiz decidiria se seriam encaminhados “às casas” a eles destinadas, em geral as prisões ou Hospitais da Santa Casa, ou se seriam entregues às suas famílias, destino que dependia das condições sociais de cada indivíduo.

Na segunda metade do século XIX, funda-se o Hospício Dom Pedro II na cidade do Rio de Janeiro, em 1852, e, quase concomitantemente, o Asilo Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo, em 1864, locais baseados em uma Psiquiatria produto da teoria da degeneração e de concepções organicistas sobre a loucura, típicas daquele momento histórico (CUNHA, 1986).

O discurso alienista ganha, na figura de Teixeira Brandão, um interlocutor para a defesa da regulamentação da psiquiatria como especialidade médica, além de um crítico ao Código do Império por não prever um lugar para o perito-psiquiatra, para avaliação do estado mental do criminoso, o que dava ao juiz um poder excessivo (PERES e NERY FILHO, 2002).

Nesse contexto, o primeiro Código Penal da República, de 1890, trouxe mudanças significativas no estatuto jurídico penal do doente mental, uma vez que o crime passa a contar com um novo atributo, a imputabilidade, e o seu destino institucional passa a ser o Asilo de Alienados. Nesse mesmo ano, Teixeira Brandão, sob os auspícios da República, é nomeado diretor geral da Assistência Médico Legal de Alienados do Hospício Dom Pedro II, embora tenha assumido, desde 1887, a sua administração sanitária.

O “louco” passa a ser visto, a partir de então, como inimputável, ao qual não pode se atribuir responsabilidade pelos seus atos e, portanto, não poderia responder legalmente pelos atos cometidos por meio de sanções penais e seria a estratégia alienista que deveria dar conta de seu destino.

Muitos médicos criticavam a invasão dos asilos por criminosos, que comprometiam o tratamento e ameaçavam a especificidade da

psiquiatria (CARRARA, 1998), além disso, a internação de um alienado não poderia ser decidida por um juiz, mas sim pelo alienista (PERES e NERY FILHO, 2002).

A estratégia alienista, que já não compreendia a loucura como um fenômeno meramente intelectual, mas como um fenômeno moral, já vinha ocupando o lugar que lhe cabia no controle social (PERES e NERY FILHO, 2002), e isto se deu em torno da questão dos loucos criminosos, que considerados perigosos deveriam ser retirados dos hospícios regulares e colocados em *manicômios judiciais*.

Os juristas, no entanto, sequer considerando a possibilidade de deixar a cargo dos alienistas a decisão de internar ou não tais doentes-criminosos, entendiam, conforme a determinação legal, que a eles cabia a escolha da medida preventiva, ou seja, encaminhá-los à família ou ao Asilo de Alienados (PERES e NERY FILHO, 2002).

O discurso jurídico começa a ser influenciado pela Antropologia Criminal, fundada por Lombroso e pela Escola Penal Positiva, que defendiam a periculosidade, enquanto elemento central para definição da pena e a ideia da prevenção criminal (CARRARA, 1998).

A Escola Positiva Penal, ao contrário da Escola Clássica, não se baseava na gravidade do delito para a imposição de pena, mas buscava analisar os atributos pessoais de quem o praticava e sua personalidade “anormal”, reveladora da sua periculosidade.

Conforme Carrara (2010), a antropologia criminal de Cesare Lombroso e suas técnicas da antropometria e da cranioscopia, conduziam à conclusão de que alguns criminosos podiam ser considerados uma variação singular do gênero humano, uma classe antropologicamente distinta no interior do conjunto dos seres humanos. O que se buscava demonstrar, nessa perspectiva biologicista, era a existência de um “criminoso nato”.

Em finais do século XIX, as teorias em torno da monomania, da degeneração e da criminalidade nata passam a ser utilizadas nos tribunais para classificar certos criminosos, colocando sérios problemas ao andamento de processos e

julgamentos. Se o funcionamento do sistema jurídico penal liberal assentava-se na possibilidade de distinguir claramente loucos de sãos, responsáveis de irresponsáveis, e na existência do hospício, como instituição complementar à prisão, os médicos passavam agora a manipular categorias diagnósticas que, ou supunham um contínuo entre sanidade e loucura (como era o caso da degeneração), ou (como era o caso dos criminosos nato) uma concepção biodeterminista da pessoa humana que comprometia o próprio julgamento de responsabilidade, uma vez que os indivíduos passam, em seus termos, a serem considerados *naturalmente* bons ou maus. Todos, em certo sentido, seríamos irresponsáveis, movidos por nossas tendências naturais. Como queriam os adeptos das novas teorias sobre o crime e os criminosos, todo o sistema penal liberal devia ser reformulado, com a abolição dos próprios tribunais, com a substituição de juízes por técnicos, com a adoção de medidas de contenção e recuperação de duração indeterminada (CARRARA, 2010, p. 24).

Em 1921, atendendo aos reclamos da ciência, é inaugurado o Manicômio Judiciário no Rio de Janeiro e, em 1933, é inaugurado o Manicômio Judiciário em São Paulo, sob o comando de Franco da Rocha, ex-aluno de Teixeira Brandão.

Dentro desse cenário, uma série de projetos de lei foi encaminhada à Câmara dos Deputados para adequar o Código Penal vigente aos avanços da criminologia e, em 1940, na vigência do Estado Novo, é aprovado o Decreto-Lei 2.848/40, nosso novo Código Penal vigente, apesar das reformulações ocorridas em 1984.

Com o Código Penal de 1940 temos a instituição das medidas de segurança e sua vinculação ao conceito de presunção de periculosidade, somente aos doentes mentais. Há a adoção do chamado sistema do duplo binário, que permitia que a um só indivíduo fosse aplicada pena e medida de segurança, essa caracterizada por sua dupla finalidade: a defesa social, segregando os considerados perigosos, e o tratamento desses indivíduos, com o objetivo de anular sua periculosidade.

Diante desse novo regramento, a doença mental passa a não ser determinante absoluta da imputabilidade, uma vez que se passa a considerar dois aspectos: o momento intelectual, relacionado com a capacidade de entendimento e, um momento volitivo, relacionado com a

capacidade de determinação, adotando-se o chamado critério biopsicológico (PERES e NERY FILHO, 2002).

Conforme apresentamos acima, a legislação penal retrata o cenário novecentista do alienismo e seus anseios pelo reconhecimento da figura do psiquiatra dentro do processo avaliatório, em relação à periculosidade da pessoa com transtorno mental e, assim, em 1941, o Código de Processo Penal, em seu artigo 149, passa a prever que havendo dúvida sobre a “integridade mental do acusado”, este será submetido a exame médico-legal.

Desse modo, a estratégia da periculosidade sustentada pela medida de segurança, possibilita uma atuação formal do direito penal na loucura e estabelece-se como uma rede extremamente complexa, através da união dos dois campos de atuação: a psiquiatria e a justiça penal, que passam a determinar o destino institucional do “louco” e “infrator”: o Manicômio Judiciário (PERES e NERY FILHO, 2002).

Segundo Peres e Nery Filho (2002):

A medida de segurança é encarada como medida de defesa social e de prevenção criminal, indeterminada em sua duração e pautada periculosidade do indivíduo, a qual seria avaliada através do exame de sua personalidade. O critério da periculosidade subjetiva viria fundamentar a ação preventiva do Estado ao recusar as ideias de vontade livre, responsabilidade moral e caráter retributivo da pena. O crime, entendido como um produto da ação de fatores endógenos e exógenos sobre a vontade, pediria não mais medidas aflitivas, mas profiláticas ou de defesa proporcionais ao perigo representado pelo indivíduo (PERES e NERY FILHO, 2002, p. 346).

Dessa forma, a dogmática penal brasileira passa a abarcar a concepção de periculosidade criminal, nascida no final do século XIX, e as concepções da Escola Positiva do Direito Penal que, ao contrário do Direito Clássico, que se detinha na gravidade do delito e na correspondente punição, o Direito Penal Positivo considera o delito como um sintoma de personalidade anormal, passando o “louco” e “infrator” a ser visto como pertencente a uma categoria de indivíduos portadores de certo conjunto de

anomalias biopsíquicas que se revelam mediante o comportamento delituoso, consistindo esse um indicador de sua periculosidade (MECLER, 2010).

Assim, o “louco infrator” e o ato delituoso perdem a natureza ético-moral como referência para seu julgamento e passam a integrar o campo de entendimento, interpretação, avaliação e prescrição da Psiquiatria e sua visão “científica” do ato infracional e do comportamento humano, fundada em uma perspectiva positivista, considerada objetivista. Essas são as bases da nossa atual legislação penal (COSTA, 2003).

Em 1984, há uma Reforma da Parte Geral do Código Penal de 1940, com a mudança do sistema do duplo binário para o chamado sistema vicariante, ou seja, as medidas de segurança não podem mais ser aplicadas cumulativamente com a pena. Assim, a pena é aplicada aos imputáveis e medida de segurança, aos inimputáveis, que devem, como regra, ser internados nos agora denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

A revisão de 1984 extingue a periculosidade presumida e a consequente medida de segurança para os imputáveis (MECLER, 2010), mas ainda vinculando a extinção da medida de segurança ao Exame de Verificação da Cessação da Periculosidade.⁵⁹

Desde então, a tentativa de elaboração de critérios objetivos para aferição da periculosidade das pessoas com transtorno mental que cometeram delitos vem sendo uma das tarefas principais da Psiquiatria

⁵⁹ Na redação anterior à reforma legislativa:

Art. 78. Presumem-se perigosos:

I aqueles que, nos termos do art. 22, são isentos de pena;

II - os referidos no parágrafo único do artigo 22;

III - os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez;

IV - os reincidentes em crime doloso;

V - os condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfeitores.

Casos em que não prevalece a presunção

§ 1º A presunção de periculosidade não prevalece, quando a sentença é proferida dez anos depois do fato, no caso do n. I deste artigo, ou cinco anos depois, nos outros casos.

§ 2º A presunção de periculosidade não prevalece se, entre a data do cumprimento ou da extinção da pena e o crime posterior, tiver decorrido período de tempo superior a dez anos, no caso do inciso I deste artigo, ou de cinco anos, nos outros casos.

Forense, mas que esbarra em uma problemática complexa, pois, afinal, em que consiste periculosidade?

A fala de nossos entrevistados assinalam as questões que permeiam esses debates atuais sobre a indefinição do conceito.

Então, é assim, “apresenta periculosidade”, mas o que é periculosidade? Nenhum perito se dispõe a dizer o que é periculosidade, até por falta de cientificidade no conceito (Carla, Defensora Pública).

Eu entendo, assim, só se cessa a periculosidade de uma pessoa a partir do momento que ela morre; porque todos nós temos um potencial; você não tem hora que tem vontade de matar alguém? Fala “ah, seu eu pudesse eu matava aquele fulano”? A gente não faz, mas “se eu pudesse, eu esganava aquele...” e isso é um potencial de periculosidade, e só vai cessar se eu morrer (Maria Clementina, Psicóloga).

Então, se você olhar o código, a lei de execução penal, você vai ver que lá tem escrito assim, que ele prevê a periculosidade da pessoa que tem transtornos mentais; o código parte do pressuposto que a pessoa que tem transtornos mentais é uma pessoa perigosa, é uma presunção que ela é perigosa para ele e para o outro (Nise, Sub Procuradora Geral da República).

O conceito de periculosidade é estritamente médico, é o médico que atesta ou não a periculosidade; então, é difícil responder que critérios que os médicos usam para avaliar periculosidade ou não. Mas são critérios médicos, fica difícil para nós, que não somos técnicos, que não temos esse conhecimento, questionar essa avaliação. Normalmente, quando um médico atesta que cessou a periculosidade, a gente acata; salvo se foi num período muito recente, que num período recente ele atestou uma condição totalmente oposta... A gente eventualmente impugna esse laudo... Mas, se o médico atestou a cessão da periculosidade, ele que é o perito não é?! Fica difícil para a gente questionar (Mauricio, Promotor de Justiça).

Poderíamos considerar que, no âmbito jurídico, a periculosidade é definida como a probabilidade de o sujeito vir ou tornar a praticar crimes. Na legislação penal, a mesma é adotada somente quando o indivíduo apresenta um transtorno mental, fazendo com que a haja um reforço da relação entre doença mental e loucura, como se todo *“louco fosse necessariamente perigoso”*.

A entrevistada Nise refere que nossa legislação penal parte do pressuposto que *‘a pessoa que tem transtornos mentais é uma pessoa perigosa’* e permite desvelar que o conceito de periculosidade, bem como a legislação que o sustenta encontram-se superados, contestando a vinculação ainda existente entre doença mental e perigo, fato que igualmente é refutado pela Organização Mundial da Saúde (2001):

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 (OMS, 2001, p. 129, grifo nosso).

A entrevistada Maria Clementina afirma que a periculosidade é inerente ao ser humano e que, portanto, todos podem tornar-se perigosos, não somente a pessoa com transtorno mental, fato igualmente considerado por Musse (2008):

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 e / ou o juiz adotar (MUSSE, 2008, p. 142).

Nessa mesma linha de reflexão, Mattos (2006) afirma que a exigência de um atestado de que qualquer um de nós jamais representará risco para a sociedade é absurda e o risco é inerente a nossa sociedade e

pode-se buscar controlá-lo, nunca eliminá-lo, aspecto também mencionado por Maria Clementina, nossa entrevistada.

A questão da indefinição acerca do que se pressupõe como periculosidade é apontada na fala de Carla quando afirma que *“nenhum perito se dispõe a dizer o que é periculosidade”*, atribuindo tal fato à *‘falta de cientificidade no conceito’*, permitindo-nos considerar que a própria Ciência não fornece respostas.

O entrevistado Mauricio afirma que *‘o conceito de periculosidade é estritamente médico*, assim aos não médicos, torna-se difícil questionar a avaliação médica, pois *‘não somos técnicos, não temos esse conhecimento’*, apontando-nos que o conceito de periculosidade é um conceito científico pertencente a uma categoria profissional e a todo o seu saber.

As falas de Carla e de Mauricio se contrapõem, uma vez que a primeira questiona o conceito de periculosidade pela falta de cientificidade e o segundo, não tece críticas ao conceito, relacionando-o um saber relativo a uma área específica do conhecimento, à qual é concedida autoridade legal.

Entretanto, ambas permitem considerar a questão da medicalização da loucura (ou psiquiatrização), que é contestada, atualmente, pelo direito sanitário, mas no campo do direito penal ainda encontra-se arraigada (JACOBINA, 2008).

Foucault (2010a) aponta a constituição do Poder Psiquiátrico, cuja psiquiatria como saber e poder institucionalizados desenvolvem dispositivos de controle, constituindo-se um Poder Disciplinar, onde o indivíduo passa a ser objeto da medicina.

Na realidade, as falas, em especial do entrevistado Mauricio, permitem-nos sustentar que a lógica processual existente “psiquiatriz” os pareceres do Ministério Público e as decisões judiciais, quanto ao exame de verificação de periculosidade do agente, ao delegar a motivação do ato decisório ao perito. Entretanto o problema da tentativa de elaboração de critérios objetivos para aferição da periculosidade dos sujeitos considerados “desviantes” é uma batalha da psiquiatria forense advinda desde o séc. XIX

com a escola positiva e a antropologia criminal, que comporta ampla polêmica.

Nas falas dos nossos entrevistados podemos observar a problematização dos critérios adotados pela Psiquiatria para a aferição da cessação da periculosidade:

Quando o médico fala que o juiz deixou de avaliar o crime para avaliar a alma da pessoa... Acho que está todo mundo avaliando a alma das pessoas! E os médicos também, os profissionais de saúde, acabam indo para o lado do crime "não, que o crime, que não sei o que..." e acabam perdendo a visão de quem é aquela pessoa que está na frente, ficam presos ao delito. É complicado para danar (Maria Clementina, Psicóloga)

Os peritos olham para o crime cometido e pronto, a laudo está pronto. Se o crime é grave, é internação. (...) Inventaram o periculômetro. Querem medir o grau da maldade humana, o grau de crueldade das pessoas, como se isso fosse possível. (...) Como se fosse possível exercer uma futurologia em relação a essas pessoas, como se fosse possível fazer uma previsão do futuro em relação a essas pessoas. Elas ficam presas, contidas pelo que podem vir a fazer no futuro. É algo que afronta nitidamente o princípio da legalidade e todos os demais princípios de direitos humanos (Silvio, Psicólogo).

Em seu discurso, Silvio afirma que os peritos consideram a gravidade do delito cometido para a elaboração de seus laudos, determinando a modalidade da medida de segurança, através da "norma", sem perspectiva terapêutica. Maria Clementina aponta que não só os profissionais da justiça, mas os profissionais da saúde, inclusive os médicos, reduzem suas avaliações ao crime em si, "perdendo a visão" de quem é a pessoa em avaliação ou julgamento.

Em seus relatos, os entrevistados mencionam o estabelecimento de um pré-julgamento, a partir da análise do delito praticado, que determinará o laudo a ser emitido, desvinculando-o do eventual transtorno e do tratamento que deveria efetivamente ser realizado.

Nesse sentido, Souto (2007) afirma:

O trabalho exigido pelo Direito inverte a ordem rotineira das investigações psiquiátricas: não se trata da averiguação de crime cometido por indivíduo, já anteriormente conhecido como doente mental, mas sim, na maioria dos casos, da investigação da existência de doença mental em virtude do cometimento de crime (já que o incidente de insanidade só é possível porque pesa sob o indivíduo um processo criminal). **O perito, ao realizar o exame psiquiátrico, pressupõe como culpado um sujeito pela prática de um fato delituoso do qual a materialidade e a imputabilidade não foram ainda juridicamente comprovadas** (SOUTO, 2007, p. 579, grifos nossos).

Assim, na avaliação psiquiátrica realizada para fins judiciais, é necessário determinar a periculosidade do indivíduo, estabelecendo-se uma correlação entre transtorno mental e prática de crime, fazendo com que o eventual crime praticado pelo indivíduo, seja considerado para a elaboração do laudo pericial, ocorrendo uma avaliação do caráter do indivíduo, a partir do crime praticado.

Na fala do entrevistado Silvio, podemos identificar o que na visão positivista se caracteriza como o âmago dessa corrente de pensamento, qual seja, a busca da mensuração capaz de atestar a objetividade do conhecimento: a invenção do *'periculômetro'*. Trata-se de um mecanismo que pretenderia, em tese, *'medir o grau da maldade humana, o grau de crueldade das pessoas'*, que o entrevistado contesta, considerando tal busca o exercício de uma *'futurológica'*, em relação às pessoas com transtorno mental para que se possa realizar uma predição se elas voltarão a delinquir, ou não, na suposição de que as ações humanas, no caso das pessoas com transtorno mental, fossem mecânicas, sem historicidade e sem contextos de vida.

Em relação a tal aspecto encontram-se igualmente as reflexões de Souto (2007), quando chama-nos a atenção para “futurológica perigosista de controle social”, no caso do denominado “louco infrator”. Isto porque, segundo o autor, ele é visto como uma ameaça à sociedade ante a probabilidade de cometer novos delitos, cujo laudo médico é considerado capaz de estabelecer uma predição futura do comportamento humano de

forma inquestionável, pelas suas bases “científicas”, consideradas, em seus princípios, objetivista.

Nesse sentido, a fala de Silvio aponta para a considerada necessária prognose a ser realizada no exame de cessação de periculosidade, ou seja, exigência que se faz ao perito, na medida em que o Poder Judiciário solicita uma “pré-visão”, 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 (MUSSE, 2008).

Assim, periculosidade constitui-se em um juízo sobre o futuro, uma probabilidade que o sujeito torne a delinquir, é o estado psíquico do agente como provável causa de novos crimes, sendo avaliadas em relação à personalidade do sujeito delinquente, aos antecedentes, aos motivos determinantes do crime e sua gravidade objetiva e subjetiva (PERES e NERY FILHO, 2002).

Conforme considera Foucault (2010b):

A grande noção da criminologia e da penalidade em fins do século XIX foi a escandalosa noção, em termos de teoria penal, de periculosidade. A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam (FOUCAULT, 2010b, p.85)

Em seu discurso Silvio, afirma, igualmente, que o ‘periculômetro’ visa medir o “grau de maldade e de crueldade humana”, remetendo tal fato à visão “lombrosiana” e suas ideias do criminoso nato, um indivíduo anormal, diferente e perigoso, que já nasce criminoso, apresentando sinais que são indicadores de sua predisposição para o crime⁶⁰.

As ideias positivistas de Lombroso se fundavam no determinismo biológico, que, negando o livre arbítrio, considerava não haver liberdade de

---

⁶⁰ Carrara (1998) enumera quais seriam esses sinais aparentes do criminoso nato: ausência de pelos no corpo, comprimento exagerado dos braços, maxilares superdesenvolvidos etc., além da insensibilidade à dor, capacidade de rápida recuperação de ferimentos e, geralmente, apresentando tendências homossexuais.

escolha diante da força biológica que determina ou impulsiona o sujeito à criminalidade, assim restaria à Justiça Penal a função de defender a sociedade contra o criminoso, ou, nas palavras de Silvio, é “*necessária uma medida de contenção*” pelo “*perigo que o indivíduo apresenta*”, ou seja, como um ser perigoso capaz de cometer novos crimes é necessária a sua “neutralização”, através da internação em HCTP.

Questão relevante para o campo da saúde é que, historicamente os serviços de saúde foram institucionalizados como serviços de controle social, ocupando destaque nesse processo, a saúde mental. Singer *et al* (1978) chamam a atenção, para o fato de que os serviços de saúde operam como instrumentos de controle social sobre os indivíduos ou grupos vulneráveis, pois os sintomas do transtorno mental apresenta “comportamentos socialmente perturbadores”, que podem levar a pessoa ao internamento do “doente mental não difere em essência dos que levam a outros tipos de expulsão do meio social, como prisão, divórcio, perda de trabalho, repúdio ou exílio ou tratamento psiquiátrico fora de uma instituição” (SINGER *et al*, 1978, p. 54-55).

Assim, na área da saúde mental a realização da prognose visa precipuamente à segregação dos indivíduos considerados perigosos, os “loucos”, para a defesa social, uma vez que tais indivíduos representam um risco para a sociedade e até para si mesmos, prevalecendo, nas palavras de Silvio, ‘o discurso de proteção social’, o que vai ao encontro da referida interpretação de Singer *et al* (1978).

A fala de Maria Clementina assinala essa questão ao narrar que os profissionais envolvidos no processo, onde se apura o delito praticado pela pessoa com transtorno mental, acabam por avaliar “a alma das pessoas”, o que nos remete às colocações feitas por Foucault em sua obra “Vigiar e Punir” (2010b).

Foucault (2010b) considera a existência de um novo sistema penal, definido pelos grandes códigos europeus dos séculos XVIII e XIX, que introduziu o laudo psiquiátrico sobre a loucura, passando a legislação sobre

as infrações a contar com um novo conhecimento científico, a Psiquiatria, que dava

aos mecanismos da punição legal um poder justificável não mais sobre as infrações, mas sobre os indivíduos; não mais sobre o que eles fizeram, mas sobre aquilo que eles são, serão, ou possam ser. O suplemento de alma que a justiça garantiu para si é aparentemente explicativo e limitativo, e de fato anexionista (FOUCAULT, 2010, b, p. 23).

Segundo Foucault (2010b), os novos sistemas penais começaram a julgar coisa diferente além dos crimes: a “alma” das pessoas, na medida em que não se julgava apenas o “conhecimento da infração, conhecimento do responsável e conhecimento da lei”, mas se realizava, por meio do laudo psiquiátrico, um “conjunto de julgamentos apreciativos, diagnósticos, prognósticos, normativos, concernentes ao indivíduo criminoso”, que buscava enquadrar a conduta humana como “fantasma, reação psicótica, episódio de delírio, perversidade” (FOUCAULT, 2010, b, p. 23).

Esse “enquadramento” das condutas humanas ocorre através da elaboração de um diagnóstico e, no âmbito judicial, também se busca respostas sobre a periculosidade do indivíduo, o que possui uma subjetividade intrínseca (MUSSE, 2008), uma vez que a rigor não existem fenômenos psiquiátricos, mas apenas uma interpretação psiquiátrica dos fenômenos (QUEIROZ, 2010).

Desde o século XIX, com a antropologia criminal de Lombroso e a Escola Positiva do Direito Penal e sua visão determinista do crime, que a tentativa de elaboração de critérios objetivos para aferição da periculosidade é objeto de debates na Psiquiatria Forense e dentro do cenário advindo da Reforma Psiquiátrica, muito se tem discutido sobre a subjetividade dos laudos periciais psiquiátricos.

Nessa linha de discussão, Santos (2005) alerta para a complexidade da questão e as implicações que a visão positivista encerra, no caso do “louco infrator”:

O problema começa com a falta de credibilidade do prognóstico de periculosidade criminal: se a medida de segurança pressupõe prognose de comportamento criminoso futuro, então inconfiáveis

prognósticos psiquiátricos produzem consequências destruidoras, porque podem determinar internações perpétuas - em condições ainda piores do que as de execução penal. Na verdade, parece comprovada a tendência de supervalorização da periculosidade criminal no exame psiquiátrico, com inevitável prognose negativa do inimputável - assim como, por outro lado, parece óbvia a confiança ingênua dos operadores jurídicos na capacidade do psiquiatra de prever comportamentos futuros de pessoas consideradas inimputáveis, ou de determinar e quantificar a periculosidade de seres humanos (SANTOS, 2005, p. 193).

Assim, o conceito de periculosidade gerou o que se denomina de “criminalização da doença” ⁶¹, vez que a doença impulsiona a qualificação do sujeito como perigoso, característica que passa a ser atrelada ao crime, cujo laudo pericial passa a representar uma sentença definitiva sobre o destino a ser dado àquele que cumpre medida de segurança, no pressuposto de que é possível prever o comportamento humano de forma inquestionável, pelas suas bases “científicas”.

Há um reducionismo em relação ao ser humano e de suas necessidades sociais, ao eleger-se a periculosidade como única expressão possível do sujeito, o que compromete o cuidado integral à saúde da pessoa com transtorno mental e a garantia dos seus respectivos direitos (CORREIA, LIMA e ALVES, 2007).

O entrevistado Franco aponta tal aspecto:

O laudo de sanidade mental precisa ser mudado; apesar de eu ser médico, o mundo mudou e essas coisas mudaram; o laudo tinha que ser feito pela equipe interdisciplinar. Porque, o paciente, o ser humano não pode ser analisado por partes, tem que ser analisado no todo, no aspecto social, no aspecto psicológico, como no aspecto psiquiátrico também. Agora, não dá para ser analisada só uma forma. E o laudo psiquiátrico é sua análise psiquiátrica; que nós sabemos que já não é abrangente para poder dar um diagnóstico (Franco, Médico Psiquiatra).

Franco, médico psiquiatra, assinala a necessidade de mudança na elaboração do laudo de cessação de periculosidade, uma vez que o ser

---

⁶¹ SOUTO, op. cit., p. 585.

humano não pode ser analisado de maneira reducionista e fragmentada, sem uma visão ampla da noção ser humano e individualidade. Entende que sem essa perspectiva mais abrangente não há como *‘dar um diagnóstico’*.

Franco relata que não há como ter um diagnóstico preciso, uma vez que o saber psiquiátrico não abarcaria toda a complexidade humana, devendo ser realizado por uma equipe interdisciplinar, capaz de possibilitar o estabelecimento de uma interdependência, entre todos os profissionais envolvidos, de tal sorte que cada um deles, isoladamente, não pode se sustentar como via única de acesso ao eventual diagnóstico ou tratamento.

A relevância da interdisciplinaridade no tratamento dos fenômenos complexos coloca-se, na atualidade, como estratégia teórico-metodológica que desafia estudos e práticas de fronteiras, visando à “consecução de um grande ideal: integrar o conhecimento e humanizar a ciência” (ALVARENGA, 2005, p. 09), como é o caso do “louco infrator”, superando

O paradigma dominante que preside a ciência moderna, considerado fragmentador e redutor da realidade, porque centrado em disciplinas cujo pressuposto é ignorar o que existe “entre” e “além” de suas fronteiras (ALVARENGA, 2005, p. 09).

No Estado de Minas Gerais, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) e no Estado de Goiás, o PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator), são consideradas iniciativas pioneiras em âmbito governamental, que permitem demonstrar que a alternativa apontada por Franco, tem se mostrado como caminho viável no cumprimento das medidas de segurança, possibilitando a inserção do paciente no tratamento e no meio social, através de um projeto terapêutico singular, através de equipes multidisciplinares compostas por acompanhantes terapêuticos, psicólogos, assistentes sociais, advogados e assistentes administrativos e médicos.

Assim, esses novos direcionamentos devem ser buscados, como forma de aceitação da diferença e da alteridade, e não da desigualdade, imposta àqueles que se encontram sob o “invólucro” da periculosidade imposto pela atual legislação penal, fruto dos anseios alienistas e

lombrosianos do século XIX, que trouxeram exclusão social e um modelo assistencial asilar/carcerário para o tratamento da pessoa com um transtorno mental, fazendo com que o discurso de Teixeira Brandão e as ideias de Lombroso possam, definitivamente, fazer parte do passado.

4.5.2 Psiquiatria Forense e Justiça Penal: a questão dos poderes postos e contrapostos.

A narrativa de nossos entrevistados aponta a questão da elaboração dos laudos de cessação de periculosidade e sua interface entre a Psiquiatria Forense e a Justiça Penal, uma vez que os membros do Ministério Público emitem pareceres nos processos criminais e os juízes decidem sobre a desinternação das pessoas submetidas à medida de segurança, baseados em laudos elaborados por peritos psiquiatras.

Para a análise da questão, Goffman (2010) coloca que a categoria doente mental é significativa, na medida em que altera o destino social de uma pessoa, que passará ao processo de hospitalização, construindo a sua passagem do *status* civil ao *status* de internado.

Já a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei é submetida a várias passagens para a construção de seu novo *status*. Primeiro, dentro do processo criminal, ao sinal de que seu crime foi cometido mediante a “privação dos sentidos” passará por uma avaliação psiquiátrica que, concluindo por sua incapacidade, submeterá tal pessoa a uma medida de segurança e lhe nomeará um curador, que será o seu “representante” legal, passando, ao mesmo tempo, para o *status de* sentenciado e internado, através da imposição da autoridade médica e judicial. E quando lhe sobrevier o laudo de cessação de periculosidade passará ao *status* de ex-paciente e ex-criminoso, também aqui, necessitando não só da “alta

médica”, como ocorre em hospital psiquiátrico comum, mas também da liberação judicial.

Assim, o *status* do louco e infrator é certificado por laudos psiquiátricos, pareceres emitidos por promotores de justiça e sentenças concludentes sobre a sua sanidade mental e seu destino social, sendo permeado, portanto, por uma rede de saberes especializados, que ora estão unidos pelo discurso da contenção e da proteção social, ora divergem, apenas e tão somente, quando a autoridade médica ou judicial, impõe uma medida menos gravosa do que a internação, mas sempre indicando-nos que, ao louco infrator, cabe o silêncio, pois, quem o substitui, no âmbito processual, é o curador judicial e no âmbito hospitalar, o médico.

As falas dos nossos entrevistados referem-se a esse cruzamento de saberes e práticas psiquiátricas e legais, bem como suas contradições e desentendimentos.

Teve um período que eles [os peritos] não colocavam mais, periculosidade, o que foi uma luta também, da defensoria, junto com a coordenadoria de saúde da SAP, com os peritos dos hospitais... E aí eles começaram a colocar, eles não falavam a presença ou ausência de periculosidade, eles falavam “sem condições de continuar o tratamento em liberdade” ou então “deve permanecer internado sob observação por mais três meses” e tal... E aí, o que aconteceu, os promotores, quando vinha escrito “sem condições de continuar o tratamento em liberdade” os promotores queriam que constasse se tem periculosidade ou não. Então, quando se avança de um lado, você encontra uma barreira no outro (Carla, Defensora Pública).

Agora, se você fica nesse discurso assim “o médico tem que assinar, jurar por Deus, pela mãe dele, que a periculosidade do indivíduo está cessada” o cara não vai sair nunca de lá. E os médicos têm um receio, quem é que de sua consciência vai falar que um cara que matou a família inteira tem a periculosidade cessada? Eu acho que se pode avaliar assim “evoluiu o tratamento, o quadro que ensejou isso está sob controle, ele necessita continuar o tratamento desse quadro, as pessoas têm que observar a evolução do quadro...” se ele tiver todas essas condições possíveis, as chances dele voltar a delinquir é mínima. Então, assim como a gente não

entende a linguagem jurídica, que às vezes colocam as coisas e a gente entende de um jeito e não é. Por isso que tem que se ter a discussão para esclarecer o que se está querendo dizer. Aí eles mandam fazer um relatório e também não dá para estar escrevendo relatórios técnicos em linguagem leiga, né. Eu percebo que os membros da justiça, eles não tem, eles não conseguem entender; e acho que isso é um grande entrave mesmo... É o grande xis, principalmente da promotoria. (Maria Clementina, Psicóloga)

O laudo de sanidade mental precisa ser mudado; apesar de eu ser médico, o mundo mudou e essas coisas mudaram; o laudo tinha que ser feito pela equipe interdisciplinar. Porque, o paciente, o ser humano não pode ser analisado por partes, tem que ser analisado no todo, no aspecto social, no aspecto psicológico, como no aspecto psiquiátrico também. Agora, não dá para ser analisada só uma forma. E o laudo psiquiátrico é sua análise psiquiátrica; que nós sabemos que já não é abrangente para poder dar um diagnóstico (Franco, Médico Psiquiatra).

A entrevistada Carla narra uma tentativa que ocorreu, por iniciativa da Defensoria Pública e da Coordenadoria de Saúde da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, para a mudança da terminologia empregada pelos peritos nos laudos de cessação de periculosidade, pleiteando a substituição da expressão “periculosidade” por expressões mais condizentes com a atual discussão sobre tratamento em saúde mental, tais como, *‘sem condições de continuar o tratamento em liberdade’* ou, então, *‘deve permanecer internado, sob observação, por mais três meses’*.

A mudança linguística para a elaboração dos laudos poderia representar o apontamento, para a Justiça Penal, da existência de um paciente adoecido e não de um indivíduo considerado criminoso e perigoso.

Entretanto, a entrevistada Carla assinala que, após os obstáculos para a concordância dos peritos em elaborar os laudos com novas terminologias, os Promotores de Justiça passaram a recusar os laudos pela

falta do emprego da expressão “periculosidade”, concluindo que *‘quando se avança de um lado, você encontra uma barreira no outro’*.

No mesmo sentido, coloca-se o relato da entrevistada Maria Clementina que afirma que o uso de expressões, tais como, *‘evoluiu o tratamento’*, *‘o quadro que ensejou [o crime] está sob controle’*, não são aceitas pelos operadores do Direito, exigindo que conste do laudo elaborado pelo perito que *“cessou a periculosidade”*.

As colocações desses nossos entrevistados vão ao encontro do trabalho de Mattos (2006), quando analisa os laudos emitidos referentes a prontuários de pacientes do Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, de Minas Gerais, e constata igualmente esse tipo de essa exigência por parte de promotores e juízes.

Por outro lado, ao relatarem a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Fialho e Kolker (2006) afirmam que ocorreu uma mudança significativa quando as perícias realizadas no estado deixaram de utilizar, como critério a avaliação da periculosidade e passaram a condicionar a desinternação à remissão da sintomatologia e ao apoio sócio familiar, levando a uma redução progressiva do tempo de internação (GENTIL 2012).

A exigência de que conste “periculosidade cessada” por parte dos membros da Justiça, sob pena de internação indeterminada, pode ser exemplificada no acórdão proferido pela 3ª. Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo, no Agravo de Execução Penal nº 990.09.189576-8, datado de 09 de março de 2010, Relator Luiz Antônio Cardoso, ao recusar recurso pleiteado pela defesa para transferir o paciente para um hospital psiquiátrico comum, do qual transcrevemos um trecho, com destaques.

“X” foi internado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Prof. André Teixeira Lima”, para cumprimento da medida de segurança imposta. E, submetido a exames naquele estabelecimento, foi constatado ser portador de alcoolismo e psicose alcoólica. **Aos 25.11.2008, foi novamente submetido a exame, o qual concluiu que sua periculosidade estava atenuada, sendo indicado que fosse transferido para um Hospital Psiquiátrico Comum** (fls. 16/21). Diante disso, o Juízo de Direito da 5ª. Vara de Execuções Criminais do Foro Central da

Comarca de São Paulo decidiu pela prorrogação da medida de segurança por mais um ano, mas não autorizou sua remoção para um Hospital Psiquiátrico comum. Com acerto a r. decisão agravada, pois verifica-se através do último laudo médico, que a **periculosidade do Agravante ainda não estava cessada, sendo que tal laudo foi contundente ao concluir que sua periculosidade estava apenas atenuada**_(grifos nossos)⁶².

No mesmo sentido, o Acórdão proferido pela 8ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo, no recurso de Agravo de Execução Penal nº 0041632- 89.2012.8.26.0000, datado de 28 de junho de 2012, Relator Moreira da Silva:

Depreende-se dos autos que a MMA. Juíza das Execuções Criminais prorrogou a medida de segurança por mais 1 (um) ano e determinou a submissão do agravante a novo exame de cessação de periculosidade, não acolhendo a sugestão dos peritos de transferência à colônia de desinternação progressiva. Cumpre salientar que a **“sugestão” dos peritos para a transferência do interno baseou-se em conceito subjetivo para não incorrer no risco de se tornar uma medida asilar e perpétua , não decorrendo da avaliação de cunho médico-psiquiátrico.**

(...)

Convém ressaltar que o laudo de cessação de periculosidade, no qual os expertos *“sugerem”* a transferência do agravante para colônia de desinternação progressiva, atesta que a sua periculosidade ainda se faz presente.

Entretanto, a desinternação do sentenciado somente será possível quando verificada a cessação da periculosidade, conforme preceitua o artigo 97, parágrafo 1º do Código Penal.

(...)

Em suma, correta a decisão da eminente Juíza das Execuções Criminais que **desacolhendo a sugestão dos peritos, destituída de conotação médica**, prorrogou a medida de segurança, pelo que *exsurge* imperioso o improvimento do agravo (grifos nossos)⁶³.

A decisão proferida no acórdão acima citado remete à fala da entrevistada Maria Clementina, ao apontar que o uso de linguagens técnicas existentes em processos criminais, gera um não entendimento entre os profissionais da Justiça e da Saúde, propondo a criação de um espaço de diálogo entre os mencionados profissionais, como forma de resolver os

⁶² Disponível em <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsq/getArquivo.do?cdAcordao=4397519>. Acesso em 13 de março de 2013.

⁶³ Disponível em <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsq/getArquivo.do?cdAcordao=6021034>. Acesso em 13 de março de 2013.

problemas gerados ao uso de expressões específicas de uma área determinada do conhecimento científico.

O referido acórdão negou o pedido de transferência para o HCTP II de Franco da Rocha, onde há uma ala de desinternação progressiva, sob o argumento que a “sugestão” dos peritos é “destituída de conotação médica”, uma vez que empregou a expressão ‘*para não incorrer no risco de se tornar uma medida asilar e perpétua*’ para justificar a transferência, conceito que, segundo os Magistrados, é ‘subjetivo’.

A exigência dos Magistrados do Tribunal de Justiça de São Paulo, no uso de expressões pautadas em um positivismo científico, distancia-se dos parâmetros propostos pela Reforma Psiquiátrica, uma vez que não se fala em *cura* da loucura, mas em promoção da autonomia do paciente e sua inserção no sistema de trocas sociais, observadas suas aptidões e características próprias do seu jeito de ser (JACOBINA, 2008), que parecem ser desconhecidas por alguns membros da Justiça.

Desse mesmo modo, há o Acórdão proferido pela 16ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo, no recurso de Agravo de Execução Penal nº 0034639-93.2013.8.26.0000, datado de 23 de abril de 2013, Relator Newton Neves:

Na recente avaliação, elaborada no ano de 2012, o diagnóstico de esquizofrenia paranoide foi mantido, mas os peritos concluíram estar cessada a periculosidade do interno, sugerindo sua transferência para hospital da rede pública (fls. 29 e 31). **Sobrevieram os esclarecimentos de fls. 37 onde o perito asseverou que: “A doença é crônica, pressupondo controle sintomatológico e não cura. Quanto à periculosidade, a psiquiatria apenas pode informar as condições de controle da doença o que equivaleria, nas condições mantidas, cessação da periculosidade” e que embora o paciente não esteja curado, o uso de medicamentos o mantém sob controle.**

O argumento do agravante [Ministério Público] de que não há **absoluta certeza da cessação de sua periculosidade** não serve para justificar a manutenção do detento em internação custodiada, vez que contenta-se a lei com a declaração de que está cessada a periculosidade, entendida esta no momento da avaliação do detento, não havendo possibilidade de dar-se um veredicto final e certo de que o detento não voltará a se tornar perigoso.

E se por um lado os peritos não afirmam com absoluta certeza a cessação da periculosidade do interno, como alega o agravante, por outro também não afirmam ser ele perigoso, ficando a questão colocada num ponto de equilíbrio, nem pendendo para o lado negativo nem para o lado positivo.

Como se sabe, o julgador não está vinculado a laudos periciais, mas dele pode valer-se, se convencer-se pela harmonia com o conjunto probatório. E o que se vê da análise do conjunto fático em sua inteireza, é que o interno apresentou condições satisfatórias a comprovar sua condição de **merecedor de uma desinternação condicional**, análise essa feita pela d. magistrada que ao conceder a ele a desinternação condicionada impôs o cumprimento de algumas condições (grifos nossos)⁶⁴.

No acórdão transcrito, há um recurso do Ministério Público contra a decisão da Juíza que concedeu a transferência para um hospital psiquiátrico comum, exigindo a certeza absoluta da cessação da periculosidade. Os Magistrados, por sua vez, entenderam que, embora o laudo não trouxesse essa certeza, por outro lado, também não afirmaram que o interno era “perigoso”.

O laudo questionado demonstra a estabilização do quadro clínico diagnosticado, mas a exigência realizada é a da garantia visionária da cessação da periculosidade, que implicará na permanência por prazo indeterminado nos HCTPs ou, na fala da entrevistada Maria Clementina, ‘o cara não vai sair nunca de lá’.

A questão apresentada remete à fala do entrevistado Mauricio, Promotor de Justiça:

O que eu tenho visto aqui [na Promotoria] é que o paciente continua com a mesma doença que o levou a praticar o crime e o perito atesta a cessação da periculosidade. Eu já tenho questionado os peritos por isso, mas eles acabam não me dando resposta satisfatória, porque “por que se ele tem a mesma doença que o levou a delinquir como cessou a periculosidade?” (Mauricio, Promotor de Justiça).

Além da exigência do exercício de previsão ao futuro, cobrado de tal forma que nos remete à prática da cartomancia, o acórdão e a fala do

⁶⁴ Disponível em <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsq/getArquivo.do?cdAcordao=6686762>. Acesso em 13 de março de 2013.

entrevistado Mauricio permitem desvelar uma atitude de “abordar transtorno mental como fato médico similar a uma infecção bacteriana, que pode ser adequadamente tratada e curada com um antibiótico, implicando uma abordagem reducionista e simplificadora” (LOUGON, 2006, p. 175).

Assim, a estabilização do quadro patológico diagnosticado anteriormente não marca o término da medida de segurança, mas somente a garantia da cessação de periculosidade é o que o fará, situação de desrespeito aos princípios dos direitos humanos pela circunstância de perpetuar a restrição de ir e vir de uma pessoa (CORREIA, LIMA e ALVES, 2007).

A fala dos entrevistados aborda ainda a existência de dois perfis diferenciados, em relação aos peritos oficiais do Estado de São Paulo:

Mas eu acho que é isso, o grande problema começa na questão – eles são pacientes portadores de transtorno mental em condições de aprisionamento – e por serem pacientes em condições de aprisionamento, a ideia de internação por prazo mínimo possível, que está na lei 10216, está fora da realidade dos hospitais de custódia. Então, essa internação não existe, essa internação por curto período. O que a gente tem conseguido quando tem os mutirões da secretaria, é que como tem muitos pacientes aguardando, a fila de espera. Então, o que tem sido feito, que daí são peritos que têm um perfil não hospitalar, que não são do hospital de custódia, mas embora eles sejam peritos, todos os da fila de espera vem para o CDP de Pinheiros, e esses peritos fazem a avaliação lá no CDP, que são pessoas com transtorno mental que estão presas aguardando vaga em hospital de custódia. Porque, os peritos dos hospitais de custódia, eles tendem a fazer a pessoa permanecer. Os peritos do hospital de custódia, eles tem uma visão que é de internação a longo prazo (Carla, Defensora Pública).

Nossa psiquiatria forense está na década de 40, para ser modesto, sobretudo os psiquiatras que elaboram os laudos do IML ou IMESC de São Paulo. Há uma visão lombrosiana ainda. Dizem [nos laudos] é um indivíduo perigoso, sendo necessária uma medida de contenção, não porque essa contenção era necessária para o tratamento de saúde, mas

pelo perigo que o indivíduo apresenta. Prevalece o discurso de proteção social. Um discurso que a medida é necessária inclusive para proteção deles mesmos, como se a internação fosse algo bom para eles. Há uma inversão no discurso (Silvio, Psicólogo).

A fala da entrevistada Carla narra a existência de dois perfis entre os peritos psiquiatras, um com “perfil não hospitalar”, contrários às internações em longo prazo e, outro, existente entre os peritos dos HCTPs, com perfil conservador, defensores dessas internações.

O entrevistado Silvio, em seu relato, afirma que, entre os peritos dos órgãos oficiais do Estado de São Paulo, o Instituto Médico Legal e o Instituto de Medicina Social e Criminologia de São Paulo, há uma “visão lombrosiana”, referindo-se à visão conservadora e positivista dos peritos oficiais, possuidores de uma visão determinista biológica do “criminoso nato” e, portanto, irrecuperável.

A respeito dessa discussão, Gonçalves (2008) considera esses dois perfis existentes na Psiquiatria:

É claro que há, no interior do campo da psiquiatria, uma discussão crítica acerca do mandato social que ela porta. Sobretudo no bojo do movimento social brasileiro chamado de movimento de luta antimanicomial, constrói-se paulatinamente, desde os anos 60, o consenso de que o que o direito espera da psiquiatria, ela não pode dar. Aqui, a psiquiatria é tomada não como ciência, mas como disciplina médica. Essa discussão, no entanto, talvez porque golpeie o coração da psiquiatria forense, apenas raramente atinge os atores do direito e da psiquiatria envolvidos na instauração e execução das medidas de segurança (GONÇALVES, 2008, p.73).

Do mesmo modo, Costa (2003) considera a polarização da Psiquiatria em duas correntes, que são contrapostas:

Uma considera os psiquiatras tendenciosos quanto à visão discricionária dos loucos infratores e, em sendo cautelosos demais, prolongam de forma desnecessária, independentemente de base científica, a sua permanência nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – Manicômio Judiciário. Outra corrente, ainda hoje prevalente na sociedade e, em decorrência, nos psiquiatras e nas diversas instâncias do Poder Judiciário, considera que a retenção dos loucos infratores com a finalidade de prevenir uma ofensa e de garantir a ordem social está justificada. (COSTA, 2003, p. 161).

A fala dos entrevistados Carla e Silvio sustenta a afirmação de Costa (2003) e Gonçalves (2008) de que o que prevalece é a visão da internação, como medida de contenção, ou seja, como forma de defesa social, em relação aos indivíduos considerados “perigosos”.

Bubu, o poeta com 12 internações em Manicômios Judiciários, assim se pronunciaria:

Reporto-me às palavras de um douto incontestado,
 um doutor que rompeu o silêncio,
 o jornalista Jânio de Freitas,
 do jornal A Folha de São Paulo:
 "A psiquiatria é a mais atrasada das ciências"
 - Parafraseio Jânio de Freitas
 porque a casa dos mortos,
 que é a metáfora arquitetônica
pela qual designo a psiquiatria,
pede que se fale
contra si mesma!

(Bubu, A Casa dos Mortos, grifos nossos).

O discurso de defesa social fica evidenciado no Acórdão da 10ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo, Habeas Corpus nº 0303332- 19.2011.8.26.0000, 15 de dezembro de 2011, Relator Nuevo Campos.

Por outro lado, as circunstâncias pessoais do paciente e da prática ilícita por este desenvolvida, à evidência, fazem presente a possibilidade de **comprometimento da ordem pública, de reiteração criminosa.**

Como se vê, como bem observado na r. sentença de primeiro grau de jurisdição, mais significativos para o meio social seriam os riscos da eventual substituição da internação por tratamento ambulatorial (fl. 27).

Deve prevalecer, portanto, ponderados os mandamentos constitucionais fundamentais individuais e coletivos incidentes no caso em tela, **o interesse público na manutenção da ordem pública.**

A medida de segurança constitui importante medida de defesa social a ser aplicada no curso de persecução penal, por meio da indispensável atividade jurisdicional.

Insta consignar, por derradeiro, que a Lei 10.261/01 são *incompatíveis com o instituto da medida de segurança*". A execução criminal, no que tange às medidas de segurança, possui regramento jurídico especial, que, à evidência, **excepciona o regramento comum aplicável aos que, embora possuam transtornos mentais, não incidiram em qualquer espécie de prática ilícita penal, ou seja, não revelam periculosidade, de modo a demandar a aplicação qualquer medida de defesa social, de natureza penal** (grifos nossos) ⁶⁵.

O acórdão transparece a vinculação entre a concepção de periculosidade e transtorno mental, o que acarreta na aplicação da medida de segurança como medida de proteção da sociedade.

Nesse mesmo sentido, trecho do acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, no Habeas Corpus nº 0216434-03.2011.8.26.0000, da 6ª Câmara de Direito Criminal, datado de 20 de outubro de 2011, Relator Ericson Maranhão, ao indeferir o pleito da defesa de submeter o acusado inimputável a tratamento ambulatorial.

Não é porque, hoje, se propala uma política antimanicomial, que a Justiça vai liberar da internação pessoas presumivelmente perigosas. Presunção que se assenta na gravidade da conduta e na falta de plenas condições psiquiátricas para bem gerir sua pessoa, conduzindo-se dentro dos padrões sociais de normalidade (grifos nossos) ⁶⁶.

A vinculação da extinção da medida de segurança adstrita a um laudo pericial, que assegure a cessação da periculosidade, denota a consolidação de uma aliança histórica entre Psiquiatria e Justiça Penal, onde prevalece a união de dois campos de saberes e poderes para a imposição de uma "medida de segregação", contra um indivíduo perigoso, por presunção legal, pautada, primordialmente, na questão da segurança social.

As falas de nossos entrevistados, os documentos judiciais destacados, a escassa literatura sobre o tema, os índices de aumento de internação já apontados anteriormente, nos levam a considerar que a

⁶⁵ Disponível em <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=5615312>. Acesso em 13 de março de 2013.

⁶⁶ Disponível em <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=5493161>. Acesso em 13 de março de 2013.

realidade institucional da justiça e da psiquiatria paulista é, também, reprodutora de uma lógica carcerária, permeada pelo círculo vicioso entre loucura, doença, perigo e internação, onde justiça penal e psiquiatria forense são poderes postos, sobre os quais devem curvar-se o objeto de sua intervenção: as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

São objetos dos processos criminais, uma vez que até a suspeita de sua sanidade mental são acusados de um crime e ocupam o polo passivo da relação processual, mas a partir da “revelação da doença mental”, passam a ser objeto do “procedimento de insanidade mental”, objeto que deverá ser observado “cientificamente” pelo perito, passando pelo crivo do parecer do promotor de justiça, para, ao final, ser julgado por um juiz, através de um curador, silenciando a voz do considerado “louco infrator”.

4.6 – A ADMINISTRAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: SECRETARIA DE SAÚDE VERSUS SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA.

4.6.1 - Da histórica controvérsia sobre a Administração dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos Paulistas

Nos discursos de nossos entrevistados, Franco e Maria Clementina identificam a existência de um conflito entre a Secretaria de Administração Penitenciária e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a respeito da administração dos HCTPs, delineando um cenário histórico permeado pela rejeição da sua governabilidade pela Secretaria da Saúde notadamente nos anos 1980, na medida em que os HCTPs eram vistos, na perspectiva desses atores, ao que parece, como pertencentes ao âmbito da justiça. Esse “não lugar” anunciará, desde sua criação, a ambiguidade e complexidade de sua existência concreta, que não obedece fronteiras institucionais.

Até 1984 o Hospital de Franco da Rocha era ligado à Secretaria da Saúde, mas era ligado só por lei, porque de fato não era, ele ficava dentro da Segurança Pública. Ocorreu uma rebelião e, graças a Deus, para a Secretaria da Saúde, eles se desvincularam totalmente, e eles não querem mais [os HCTPs] (Franco, Médico Psiquiatra).

Até 1985, os HCTPs pertenciam à Secretaria da Saúde, aliás, pertenciam ao Complexo Hospitalar do Juquery. Acho que em 1985, como a saúde não aguentava mais o Manicômio Judiciário fazendo parte

de seus quadros e a Secretaria, na época da Justiça, também precisava de prédios para ampliar o número de vagas penitenciárias, presídios, fizeram uma negociação: [A Secretaria de Saúde] dá o prédio do Manicômio para a [Secretaria de Justiça] fazer uma Penitenciária e, em contrapartida, levam o Manicômio junto. Assim, o Manicômio Judiciário saiu da Secretaria da Saúde e passou a pertencer a Secretaria da Justiça. Porque até então, acho que era o único manicômio do Brasil que pertencia a [Secretaria de] Saúde. A partir de então, passou a fazer parte do sistema penitenciário, porque antes não fazia, antes era uma instituição que fazia parte da saúde, era um hospital da saúde (Maria Clementina, Psicóloga).

Conforme podemos observar, as falas dos entrevistados Maria Clementina e Franco referem o período histórico, meados da década de 1980, em que a administração dos HCTPs paulista era realizada pela Secretaria Estadual de Saúde. Entretanto, após uma rebelião ocorrida em Franco da Rocha, em 1983, momento em que já vivíamos o nascente movimento da Reforma Sanitária, iniciou-se uma articulação política para que a Secretaria de Justiça passasse a administrar oficialmente os Manicômios Judiciários. Tal fato, que historicamente representou um retrocesso na administração dos HCTPs, representou, igualmente, ao que parece, segundo o relato dos referidos entrevistados, grande “alívio” para a Secretaria de Saúde que não via os HCTPs como pertencentes ao âmbito de sua atuação institucional.

No dia 10 de janeiro de 1983, durante a administração do governador de São Paulo, Paulo Maluf, e sob os iniciais reclames de redemocratização do país, ocorreu uma rebelião no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha com uma tentativa de fuga por parte de poucos pacientes, que, após a repressão violenta governamental, culminou com a morte de seis pacientes e de um guarda da instituição, tomado como refém (GÓES, 2009).

Essa rebelião gerou intenso debate sobre a viabilidade dos Manicômios Judiciários Paulistas continuarem sob a governabilidade da Secretaria de Saúde, uma vez que a rebelião seria demonstrativa da periculosidade dos pacientes e da necessidade de uma atuação mais policial sobre eles.

Entretanto, devemos considerar que a rebelião ocorrida em Franco da Rocha deve ser entendida dentro do contexto da política considerada enviesada da administração Paulo Maluf, que após um motim na Casa de Detenção de São Paulo, em maio de 1981, determinou que presos fossem transferidos em grupos de 100 para o Manicômio de Franco da Rocha.

Além disso, nesse mesmo ano, fato a destacar foi a proibição de entrada de novos presos na Casa de Detenção e a determinação de que sua população fosse reduzida, por parte do Juiz Corregedor dos Presídios. Diante da necessidade de aliviar a superlotação da Casa de Detenção, como medida preventiva a novas rebeliões, aliada à prática interna das instituições de aplicar violentas punições depois de motins e tentativas de fuga de presos, a solução encontrada foi a transferência para o Manicômio Judiciário, optando-se pela “seleção” de grupos de 100 presos, diagnosticados como “doentes mentais” (GÓES, 2009).

Esse panorama de superlotação das penitenciárias, como fator determinante para a “negociação” entre Secretaria de Justiça e de Saúde, é narrado pela entrevistada Maria Clementina. A entrevistada relata que o prédio do Manicômio de Franco da Rocha pertencia ao Complexo Hospitalar do Juquery, mas foi repassado à Secretaria de Justiça, que necessitava de prédios, mas, em contrapartida, passaria a administrar oficialmente os Manicômios Judiciários.

Vale considerar ainda que, em 1983, outras rebeliões aconteceram no estado de São Paulo, tais como as ocorridas na Cadeia Pública de Mauá e na Penitenciária do Estado (GÓES, 2009), o que levou o governo paulista a encaminhar projeto de lei nº. 4/83 com a proposta de

concessão de adicional de periculosidade aos servidores em exercício permanente em estabelecimento penitenciário (SÁ, 1985).

Entretanto, esse projeto de lei não contemplou os funcionários dos Manicômios Judiciários, pois eles pertenciam aos quadros da Secretaria de Saúde, gerando o protesto dos mesmos, sob o argumento de que, assim como os funcionários das penitenciárias, exerciam a função custodial e corriam os mesmos perigos advindos do trabalho com “presos”, devendo, portanto, ocorrer a equiparação salarial.

É diante desse cenário permeado por uma crise penitenciária, configurada por rebeliões, falta de vagas e protestos por questões salariais, que ocorre a transferência governamental dos Manicômios Judiciários para a Secretaria de Justiça.

Atualmente a administração dos HCTPs é realizada pela Secretaria de Administração Penitenciária criada em 1993, após o episódio histórico do denominado “Massacre do Carandiru”, ocorrido em outubro de 1992, quando 111 presos foram mortos pela Polícia Militar durante a repressão a um motim na Casa de Detenção de São Paulo (GÓES, 2009).

Atualmente, diante do contexto da Reforma Psiquiátrica, busca-se a reversão desse quadro para que, enquanto existirem, os HCTPs sejam administrados pela Secretaria de Saúde, conforme assinalam nossos entrevistados:

Enquanto [a administração dos HCTPs] não for afeta a Secretaria de Saúde, não tende a melhorar. Eu acho que o Hospital de Custódia deveria ser administrado pela Secretaria de Saúde, pois as pessoas que estão na Secretaria de Administração Penitenciária não estão preparadas para administrar cidadãos submetidos à medida de segurança (Raul, Advogado).

Se a gente quer caracterizar o hospital de custódia como uma unidade de saúde, onde é que ele tem que estar vinculado? A quem? A secretaria da

saúde, que tem pelo menos um discurso de saúde; que tem, por obrigação, pensar a saúde para esses, para essas pessoas. Ou não?(Maria Clementina, Psicóloga).

As falas dos entrevistados Raul e Maria Clementina afirmam que a volta da administração dos HCTPs pela Secretaria de Saúde é vista como ideal e necessária para a caracterização do HCTP como estabelecimento de saúde, representando uma forma de buscar reverter a lógica carcerária reinante sobre eles.

Essa transferência representaria uma opção política de enfrentar o cumprimento das medidas de segurança, como medida terapêutica e não como sanção penal, entendendo que a Secretaria de Saúde possui os equipamentos e maior qualificação de recursos humanos para o atendimento em saúde e para a superação do modelo manicomial.

A OMS (2001) defende a existência de uma estrutura referencial que permita o “desvio do sistema de justiça criminal para o sistema de saúde mental”, onde deve ocorrer a implementação de ações de proteção para as “pessoas com transtornos mentais no sistema de justiça criminal e só as encarcerando sob circunstâncias muito raras”, protegendo-se a “segurança pública e simultaneamente garantir o tratamento humanitário de infratores com transtornos mentais, permitindo que recebam a devida atenção e reabilitação” (OMS, 2001, p. 108).

No Estado de Goiás, por meio do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, o PAILI, essa mudança administrativa ocorreu e o entrevistado Wellington aponta esse exemplo nacional:

A transferência das estruturas de segurança pública para a saúde pública, toda a política estadual de acompanhamento das medidas de segurança foi um grande salto qualitativo, que significou uma grande mudança paradigmática, porque, aquilo que antes era gerenciado pela polícia, pelo Ministério Público, pela justiça criminal, pela vara da execução penal, pelo sistema carcerário, passou a ser gerenciado pela rede

de atenção em saúde mental, com a coordenação da Secretaria da Saúde, via Paili (Wellington, Promotor de Justiça).

A fala de Wellington aborda a importância da coordenação da Secretaria de Saúde estadual no cumprimento das medidas de segurança, uma vez que essa transferência representa, além de uma mudança paradigmática, melhor qualidade no atendimento em saúde, através da rede de atenção em saúde mental.

A respeito da experiência existente no estado de Goiás, a Cartilha do PAILI afirma que tal Programa contempla uma mudança de paradigma na execução das medidas de segurança, fazendo com que o assunto deixe de ser tratado unicamente sob o prisma da “Segurança Pública” para ser acolhido pelos serviços de “Saúde Pública”, mediante a participação da rede de clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS e serviços substitutivos, como o CAPS (MINISTÉRIO PÚBLICO DE GOIÁS, 2009).

Entretanto, no Estado de São Paulo, o cenário não parece promissor a essa mudança paradigmática, conforme narram nossos entrevistados:

Então, olha, não existe interesse da saúde nisso, porque, os hospitais de custódia, a saúde quer vê-los longe. Como o próprio diretor de [...], que é um agente penitenciário, diz que essas pessoas representam o mínimo, que nem precisa se preocupar... são tão poucas pessoas, é ‘tão pequena’ a parcela dessas pessoas, que nem merecem crédito. (Franco, Médico Psiquiatra).

E hoje a secretaria de saúde não quer isso de volta de jeito nenhum. E na SAP, que eu saiba, falando de uns três ou quatro secretários para cá o objetivo é devolver o manicômio para a saúde. Vou falar uma coisa, uma vez assumiu um secretário, e eu fui à posse... Ele lá fazendo o discurso : “Vamos fazer

isso, vamos fazer aquilo, vamos implementar não sei o que...” e falou e falou e falou, e dos hospitais de custódia, nada. Aí, quando terminou a reunião, [...] aí eu fui, me apresentei, falei: “Olha, o senhor falou, que pretende isso, aquilo, quer fazer isso, aquilo...E para os hospitais de custódia, o senhor tem algum projeto, algum plano?” e ele falou: “Não, o meu projeto é devolver vocês para a saúde” e eu falei: “E enquanto isso não acontece?”... “Enquanto não acontece fica lá como está”... e eu “Então, está bom”. Para você ver a visão, como que é (Maria Clementina, Psicóloga).

Então, eu não sei até que ponto a vigilância do hospital não integrante do sistema penitenciário seria efetiva, porque envolve situações de risco, tanto para a sociedade quanto para os próprios internos, os condenados. Eu acho que a transferência não é conveniente, que eu acho que as pessoas condenadas, ou impropriamente condenadas, como é o caso da medida de segurança, impropriamente são absolvidas e recebem a medida de segurança, essa é a técnica, devem ficar realmente sob a administração penitenciária, porque eles estão sob a custódia do poder judiciário e diretamente sob o sistema carcerário como um todo. Então eu acho que o gerenciamento dessas pessoas deve ficar a cargo da secretaria de administração penitenciária aqui no estado de São Paulo; e quem faz às vezes aqui em São Paulo é a SAP (João, Procurador Geral de Justiça).

A fala do entrevistado João, membro do Ministério Público Paulista, permite desvelar sua postura mais conservadora, pautada no discurso da defesa social, onde a transferência dos HCTPs para a Secretaria de Saúde apresentaria “riscos” para a sociedade e para os “próprios internos”, uma vez que o aparelhamento de tal secretaria é inadequado para a função legal da “Segurança Pública”.

A fala de Franco permite apontar a rejeição da Secretaria de Saúde de São Paulo em passar, novamente, a administrar os HCTPs, uma

vez que recebem indivíduos que cometeram crimes, não se verificando a necessária atuação estatal, sob a perspectiva da Saúde e das diretrizes antimanicomiais da Reforma Psiquiátrica, representando uma visão governamental reducionista e antidemocrática.

Em relação à Secretaria de Administração Penitenciária, a fala de Franco menciona o descaso por parte de alguns dirigentes, diante da pequena representatividade numérica da população dos HCTPs. A fala da entrevistada Maria Clementina afirma que o plano de atuação de tal secretaria está pautado na “devolução” dos HCTPs para a Secretaria de Saúde, delineando-se o não lugar do HCTP na agenda governamental do Estado de São Paulo, abrigando uma população invisível e considerada indesejada, por parte daqueles que deveriam resguardar os direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, como cidadãos.

Maria Clementina e Franco, nossos entrevistados, narram um universo de omissão e indiferença por parte daqueles que tem a sua função legal de custodiar e tratar os indivíduos que vivem nos HCTPs, conforme defende Missagia (2009), os pacientes do Manicômio Judiciário são invisíveis para o discurso oficial⁶⁷.

A necessidade de atuação estatal pautada na construção de uma política pública específica aos internos dos HCTPs paulistas não se pode pautar em um “jogo do empurra” político, que delega a uma área específica de atuação governamental a responsabilidade sobre os HCTPs e sobre as pessoas que ali se encontram.

Toda transição paradigmática apresenta-se de forma gradativa e permeada pelas dificuldades típicas da construção de um novo caminho a ser desvelado, caminho que, no âmbito das secretarias estaduais de Saúde e Administração Penitenciária paulistas, não deveria ser pautado na perspectiva administrativa de atuação, cindindo o indivíduo ora como louco,

---

⁶⁷ Missagia, Clademir. O papel da Justiça no processo de desinstitucionalização, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, Em: 10/03/2009

ora como infrator, mas sim vê-lo como um ser humano em sua totalidade, um cidadão, que demanda uma atuação estatal singular e intersetorial.

E dentro dessa perspectiva de mudança paradigmática, nossos entrevistados relatam a importância da figura do gestor, apontando-o como um autor governamental que deve conhecer as propostas de mudança trazidas pela Reforma Psiquiátrica:

Se você tem pessoas que pelo menos conhecem o assunto, não digo nem que sejam militantes ou que sejam sensíveis ao tema, mas que pelo menos conheçam. O que a gente percebe, o que eu tenho percebido, que eu já viajei por vários lugares do Brasil, e também em São Paulo, para a gente discutir saúde mental... O que a gente percebe é que muitos gestores públicos, assim como no meio do Ministério Público, também no próprio judiciário, sequer se conhece a lei 10216; sequer se sabe que ela é aplicável também às pessoas que estão em medidas de segurança. Então, se você tem gestores ou pessoas que já tenham essa informação e tem convicção de que é preciso caminhar nesse sentido, evidentemente que os caminhos ficariam facilitados (Wellington, Promotor de Justiça).

Apesar de que a maioria que eu vi tinha mais, tinha uma formação até humanitária, assim, muito boa; mas se sentiam de mãos atadas. Outros tinham gestores que na verdade tinham ido lá...Mas não tinham, não tinham essa vontade, eles achavam que estava tudo bem, que era assim mesmo, e que não iam mudar. Ao contrário, às vezes davam para trás; eu conheço casos aí mesmo em São Paulo, que o hospital estava indo bem, aparentemente estava entrando em mudança, e aí de repente as coisas mudam... Normalmente muda quando há um novo gestor, que tem outras prioridades, prioriza o. não tem, não acredita em mudanças que possam estar havendo tanto com setor de psicologia como terapia ocupacional, acreditam mais na medicação e na

internação. Por isso que é muito importante escolher o gestor; mas é preciso que chegue a autoridade maior que escolheu aquele gestor para dizer para ele qual é a política que ele quer que seja implementada (Nise, Sub Procuradora Geral da República).

Wellington, nosso entrevistado, afirma a importância dos gestores que, ao menos, conheçam a temática da lei 10.216/01 e da reforma psiquiátrica e tenham a convicção de que esse seja o caminho a ser trilhado pela atuação estatal. No mesmo sentido, aponta a entrevistada Nise, que relata a importância de um gestor que acredite mais nas mudanças que estão ocorrendo no campo da saúde mental e não em “medicação e internação”, mas que isso nos remete à autoridade pública que escolhe o gestor, pois é ele que estabelecerá as diretrizes a serem implementadas.

As falas de Nise e Wellington afirmam a importância da opção política dos dirigentes e gestores governamentais. Ou a opção pautada somente no discurso da Segurança Pública e da medicalização da loucura, ou a opção pautada na perspectiva da Saúde Pública e no resgate da cidadania das pessoas com transtorno mental.

Esse cenário paulista delineado pela continuidade das internações nos HCTPs, conforme já pontuamos, conduz a um “entendimento precário do funcionamento das instituições penais e uma aplicação selvagem de princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica”, onde “os gestores estaduais perpetuam a lógica de criação de estabelecimentos de reclusão, em detrimento daquela de acompanhamento ambulatorial” (SILVA, 2010b, p. 665 e 667).

Essa questão pode ser explicitada pelo Plano Diretor do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo, de agosto de 2010, que estabelece, na meta 14, sobre a Assistência à Saúde, Ação nº 07, a intenção governamental paulista de firmar Convênio com o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), visando à construção de 2 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Importante salientarmos que o DEPEN é órgão vinculado ao Ministério da Justiça e que esse mesmo Ministério, através do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, editou a Resolução 4, de 30 de julho de 2010, trazendo recomendações explícitas sobre a aplicação da Lei 10.216/01 no cumprimento de Medidas de Segurança.

Nessa resolução, além de recomendar a adoção da política antimanicomial no que tange à execução da medida de segurança, estabeleceu ainda, que o Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário.

Portanto, a proposta paulista encaminhada pela SAP ao Ministério da Justiça, visando à construção de dois novos HCTPs, através de um convênio com tal Ministério, que já traçou a meta de extinção dos Manicômios Judiciários em 10 anos, a partir de 2010, data da Resolução, representa conservadorismo e descompasso com as diretrizes da política nacional, demonstrativo da desconsideração do contexto histórico da luta antimanicomial e da incompatibilidade de tal secretaria traçar um verdadeiro compromisso político, pautado na criação de propostas que possibilitem a implantação de projetos de ressocialização das pessoas em medida de segurança.

4.6.2 – Sobre o SAIPEMS⁶⁸ – Sistema de Atenção Integral às Pessoas em Medida de Segurança.

Dentro do cenário político e administrativo permeado pelo conflito entre as Secretarias da Administração Penitenciária e da Saúde do Estado de São Paulo, nossos entrevistados narram a tentativa de implantação do SAIPEMS - Sistema de Atenção Integral a Pessoa em Medida de Segurança - no âmbito do estado de São Paulo.

Algumas considerações iniciais são necessárias para o entendimento da questão.

O SAIPEMS iniciou-se como um projeto piloto, em dezembro de 2008, a partir da iniciativa de alguns profissionais que trabalhavam nos HCTPs de Franco da Rocha, sob a orientação da Corregedoria dos Presídios da Vara de Execuções Criminais da Capital, partindo da necessidade de rever a atenção prestada em saúde mental ao paciente com transtorno mental infrator.

Pautando-se nas experiências bem sucedidas implantadas em Minas Gerais, com o PAI-PJ e em Goiás, com o PAII, formou-se um Grupo de Trabalho (GT) composto por representantes da Coordenadoria de Saúde e de Reintegração Social da SAP, Corregedoria dos Presídios do Estado de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Defensoria Pública do Estado, com o objetivo de estreitar as diretrizes para um trabalho conjunto que atendesse aos ditames da lei 10.216/01.

---

⁶⁸ A principal referência utilizada pela Pesquisadora foi a utilização de material produzido pela Secretaria de Administração Penitenciária de São Paulo e cedido por Paulo César Sampaio, Coordenador de Saúde da SAP, à época da tentativa de implantação do SAIPEMS.

Importante observarmos que no GT formado para a discussão do SAIPEMS não há representantes do Ministério Público Estadual, conforme aponta o entrevistado Mauricio:

Estou aqui há dezoito anos [na Vara de Execuções Penais de SP], nunca ouvi falar desse projeto, para ser sincero. Se foi feito isso aí, passou a revelia nossa aqui do Ministério Público; foi feito a revelia nossa (Mauricio, Promotor de Justiça).

No âmbito do Ministério Público pouco se caminhou na discussão das medidas de segurança, lá no Conselho Nacional do Ministério Público, não obstante algumas discussões já venham sendo entabuladas também ali (Wellington, Promotor de Justiça).

A participação de membros do Ministério Público é necessária, uma vez que atuam nos processos ligados à execução das medidas de segurança, como representantes da “Justiça Pública” e, tanto no PAILI, como no PAI-PJ, o diálogo intersetorial traçado possui representantes dessa Instituição.

A não participação de representantes do Ministério Público poderia ser explicada pelo posicionamento conservador adotado por tal instituição, conforme anteriormente considerado, mas pode representar um óbice a mais na tentativa de sensibilizar os membros do Ministério Público sobre os necessários avanços na seara do cumprimento das medidas de segurança.

As ações iniciais visadas pelo SAIPEMS, em uma primeira etapa, eram a realização de censo psicossocial dos pacientes internados nos HCTPs do Estado de São Paulo, realização de mutirão de pareceres para os presos provisoriamente em presídios ou Centros de Detenção Provisória, reforma da estrutura física dos HCTPs paulistas e elaboração de projeto terapêutico institucional.

O lançamento oficial do projeto aconteceu durante o I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental, ocorrido em setembro de 2009 na Faculdade de Saúde Pública da USP.

Em uma segunda etapa, visava-se à implantação dos projetos terapêuticos institucionais, constituição de uma comissão para operacionalizar os encaminhamentos das pessoas com transtorno mental que cometeram delitos sem respaldo familiar, discussão no GT sobre a inclusão dos HCTPs como estabelecimentos do SUS e sobre a proposta da Coordenadoria de Saúde da SAP de transformar os HCTPs I e II de Franco da Rocha em CAPS-escola e em Residências Terapêuticas, por meio de parcerias com os Ministérios da Saúde e da Justiça e com as universidades.

Além disso, o SAIPEMS objetivava, assim como ocorre no PAII e PAI-PJ, o encaminhamento dos pacientes dos HCTPs aos equipamentos extrahospitais substitutivos, tais como o CAPS e residências terapêuticas, no caso dos pacientes longamente institucionalizados ou sem respaldo familiar, algo que constitui um limite no âmbito do Estado de São Paulo, pois embora possua 285 residências terapêuticas com 1.136 moradores e uma cobertura de 0,64 CAPS/100.000 habitantes, em 2011⁶⁹, tal cobertura ainda mostra-se insuficiente para a demanda existente no estado, uma vez que somente nos Hospitais Psiquiátricos paulistas há mais de 6.000 moradores⁷⁰.

A partir da apresentação do Projeto do SAIMPENS no I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental, em 2009, sua implantação ainda aguarda uma definição governamental, conforme expõe nossos entrevistados:

*A saúde virou as costas para os pacientes
que estão no sistema penitenciário, mesmo que seja*

⁶⁹ Dados obtidos do Saúde Mental em Dados 10, do Ministério da Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>. Acesso em 21 de maio de 2013.

⁷⁰ Dados obtidos no Censo Psicossocial dos Moradores dos Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, de 2008, da Secretaria de Saúde. Disponível em http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/censo_psicossocialSP.pdf. Acesso em 18 de abril de 2013.

uma medida de segurança; para a saúde essas pessoas não estão ligadas a área da saúde; inclusive existe um preconceito quando um desses pacientes tem que ir lá para a área de saúde. E a saúde não quer, até porque para a saúde eles continuam perigosos. Então, não existe ligação de paciente de hospital de custódia com a saúde, a saúde não se permite... A saúde vive nesse estado autoritário; então, em um estado autoritário, como o estado de São Paulo, como é que nós vamos botar pacientes, que cometeram crime, para serem cuidados pela saúde? A saúde é para pessoas que nunca cometeram crime (Franco, Médico Psiquiatra).

O grupo, o GT, que foi chamado pela defensoria, primeiro pela SAP e depois pela defensoria, nós chegamos ao fim do nosso trabalho e entregamos a quem tinha que ser entregue; para o secretário, para o presidente do tribunal de justiça, para o secretário de administração penitenciária, de justiça, de saúde... E foi muito bem recebido. Agora, a implementação é uma outra etapa, que na verdade teria que ser... Acho que teria que se chamar um novo GT, porque, na verdade só tinha faltado a secretaria de saúde concordar com a implementação.

A secretaria de saúde era uma resistência, mas, não que eles não concordassem, eles achavam que era o ideal mesmo; só que tinha assim, de onde vai tirar a verba, os municípios tem que concordar... Aí tem a comissão bipartite, que é municipal e estadual, a tripartite, que... secretaria... “vai ter a reunião da comissão tripartite, nós vamos apresentar o projeto...” e isso, mesmo na secretaria de saúde falando. Tem que ter muita vontade política, porque, é uma proposta de total mudança, na verdade, paralelamente ao projeto, ao Saipems, o Saipems na verdade era uma transição do hospital de custódia para os equipamentos de saúde do SUS, a ideia era acabar com hospital de custódia; só que para isso tem que ter... É uma questão de vontade política, que envolve a questão financeira mesmo, que o SUS vai passar a ter que atender esses

pacientes... Que hoje os pacientes manicomiais, de manicômios judiciários, os manicômios judiciários não recebem dinheiro do SUS né? Então, tem a questão econômica mesmo, que é como você vai adequar, vai incorporar esses pacientes ao orçamento que você tem (Carla, Defensora Pública).

Segundo o entrevistado Franco, a grande resistência ao SAIPEMS sempre esteve na Secretaria de Saúde, por ter que receber em seus quadros pacientes que cometeram delitos, existindo preconceito em relação a esses pacientes, uma vez que prevalece a visão de que os pacientes internados nos HCTPs são “perigosos”.

A entrevistada Carla aponta que o projeto do SAIPEMS foi encaminhado às diversas autoridades governamentais e do Poder Judiciário, onde teria sido “bem recebido”, restando o aval final da Secretaria de Saúde, que apesar de entender “ideal” a proposta, enfrenta a problemática do financiamento dos recursos para o atendimento dessa nova população, sendo que Carla, assim como outros entrevistados, mencionam a questão da vontade política como o principal problema para a resolução do impasse para a implantação do SAIPEMS:

O principal nó é o nó político (Raul, Advogado).

A fala de Franco afirma o caráter “autoritário” da atual Secretaria de Saúde, remetendo-se a um governo que não atende aos anseios democráticos, o que pode ser exemplificado pelo veto do Secretário da Saúde para a convocação da etapa estadual para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, cujo tema central era “Saúde Mental: direito e compromisso de todos – consolidar avanços e enfrentar desafios”, ocorrido em 2010.

Diante do veto do Secretário, a maioria dos membros do Conselho Estadual de Saúde votou por quase unanimidade contrariamente ao veto e deliberou pela realização da Plenária Estadual como Etapa

Estadual, convocada em conjunto e/ou apoiada por mais de 70 entidades, articuladas pelo Grupo Pró-IV Conferência de Saúde Mental-Intersetorial. Cabe ressaltar que esse Grupo se constituiu em fevereiro de 2010, sendo composto por instituições, entidades, movimentos, gestores, trabalhadores, usuários, familiares e pessoas comprometidas com essa luta, com o objetivo de se fortalecer coletivamente para a participação nas Conferências.

No Relatório Final da Etapa Estadual de Saúde Mental Intersetorial de São Paulo⁷¹ fez-se constar que, a Política de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de SP, não obstante vários núcleos de resistência, vêm se contrapondo às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental do SUS e aos dispositivos de Controle Social, corroborando a fala de Franco.

Nessa perspectiva, Yasui (2010, p. 48) assinala que:

Os valores que constituem a essência da Reforma Psiquiátrica não fazem parte, via de regra, nem do ideário, nem da prática política dos partidos conservadores, refratários às noções e valores de participação popular, controle social, autonomia do indivíduo (YASUI, 2010, p. 48).

Recentemente, o Conselho Estadual de Saúde aprovou moção de apoio e subscreveu a “Carta Aberta de São Paulo”, documento elaborado no I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental, ocorrido em 2009, moção publicada no Diário Oficial do Estado, de 10/01/13⁷², considerando para tanto, além da legislação federal, os relatórios finais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial e da Plenária Estadual de Saúde Mental Intersetorial de São Paulo.

Os Conselhos de Saúde visam precipuamente ao controle social, constituindo-se de órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política estadual de saúde e assim, oficialmente, tal órgão posicionou-se

⁷¹ Disponível em http://www.sedes.org.br/Eventos/relatorio_final_14_06_10.pdf. Acesso em 14 de abril de 2013.

⁷² Disponível em ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpessp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.jan.13/iels07/E_DL-CES-SP-14_090113.pdf. Acesso em 13 de abril de 2013.

diante da problemática dos HCTPs e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, sendo que no âmbito do Estado de São Paulo, o Conselho Estadual de Saúde foi criado pela lei nº. 8.359, de 20 de julho de 1993.

Além do posicionamento oficial do Conselho Estadual de Saúde, devemos pontuar que há o Plano Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo⁷³, que estabelece, entre outras, as seguintes metas, em relação à saúde mental:

- Encaminhar 50% dos portadores de distúrbios psíquicos passíveis de atenção ambulatorial para as estruturas intermediárias das secretarias municipais e estaduais (NAPS/CAPS) reorientando o modelo assistencial dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
- Implantar Programas Permanentes de Reinserção Social em 100% dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
- Cadastrar no sistema SIH/SUS os hospitais de Custódia Franco da Rocha I e II e o de Taubaté de São Paulo (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, p.19).

O Plano Estadual é fruto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela portaria interministerial 1.777, de 2003 e que

Sela um acordo, entre Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, para que, de um lado, a organização das ações e serviços de saúde no sistema penitenciário seja cada vez mais pautada pela lógica da atenção básica e pelos princípios do SUS, de outro lado, o SUS faça valer os princípios da universalidade, equidade e intersetorialidade e faça chegar inclusive a pessoas privadas de liberdade a atenção integral em saúde (BATISTA E SILVA, 2010, p. 95).

O Plano Nacional só acontece por adesão dos Estados da Federação, que opta por organizar as ações e serviços de saúde de seus locais de privação de liberdade, com base na lógica do SUS, recebendo um incentivo financeiro para custeio dessas ações, a partir da habilitação junto aos Ministérios da Saúde e da Justiça.

O Plano Estadual paulista foi apresentado pelas Secretarias Estaduais da Saúde e da Administração Penitenciária, solicitando a sua

⁷³ Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-do-sistema-penitenciario/plano_estadual_de_saude_09102003.pdf. Acesso em 29 de julho de 2013.

adesão e, através da Portaria Interministerial nº 2.287, de 11 de dezembro de 2002, o Ministério da Saúde habilitou a adesão do Estado de São Paulo a receber o incentivo para atenção à saúde do Sistema Penitenciário, no valor de R\$ 7.013.895,00 (sete milhões, treze mil, oitocentos e noventa e cinco reais) anuais⁷⁴.

Assim, o governo paulista assumiu, nessa data, o compromisso governamental de realizar a reorientação do modelo assistencial dos HCTPs, conforme idealizado pelo SAIPEMS e de acordo as diretrizes traçadas pelo governo federal, inclusive com o repasse de verbas.

Discussões acerca desse comportamento institucional, podem ensejar a propositura de Ação Civil Pública, instrumento processual adequado para a defesa dos chamados direitos difusos⁷⁵, como é o caso do direito à saúde, cuja titularidade para a sua propositura é do Ministério Público, Defensoria Pública e outros co-legitimados elencados no artigo 5º, da Lei 7.347/85⁷⁶ e cujo manejo garantirá a promoção das medidas necessárias para restaurar o respeito dos Poderes Públicos aos direitos constitucionalmente assegurados.

---

⁷⁴ Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2287.htm>. Acesso em 28 de julho de 2013.

⁷⁵ Direitos difusos constituem direitos transindividuais, ou seja, que ultrapassam a esfera de um único indivíduo, caracterizados principalmente por sua indivisibilidade, onde a satisfação do direito deve atingir a uma coletividade indeterminada, porém, ligada por uma circunstância de fato.

⁷⁶ É taxativo o rol das entidades que têm legitimidade para propor a ação civil pública. Neste sentido, dispõe o artigo 5º, da Lei 7.347/85: o Ministério Público, a Defensoria Pública, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, autarquias, empresas públicas, fundações e sociedades de economia mista, o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil e associações que, concomitantemente, estejam constituídas há pelo menos 1 (um) ano nos termos da lei civil e incluam, entre suas finalidades institucionais, a proteção ao meio ambiente, ao consumidor, à ordem econômica, à livre concorrência ou ao patrimônio artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico.

4.7 – SOBRE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO PROCESSO COMPLEXO.

4.7.1 – Os Serviços Substitutivos: a Dimensão Técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica.

As narrativas de nossos entrevistados mencionam diversos aspectos do processo de desinstitucionalização, conceito já explicitado na Introdução e que envolve quatro dimensões: a jurídico-política, a epistemológica, a técnico-assistencial, e a sociocultural.

A dimensão técnico-assistencial, que será nesse item analisada, propõe uma nova organização dos serviços em saúde mental pautados em serviços extrahospitais e comunitários.

Destacaremos, primeiramente, as falas de nossos entrevistados que remetem à dimensão técnico-assistencial:

Se vocês conseguirem em São Paulo fechar a porta de entrada... já seria um grande passo. Porque, a partir de então o estado de São Paulo poderia se debruçar, aí sim, sobre números muito precisos, sobre as pessoas que hoje já estão recolhidas nas unidades, no sentido de estabelecer políticas individualizadas, políticas voltadas à recolocação dessas pessoas, no meio livre; seja na sua própria família, quando possível, seja em serviços residenciais terapêuticos, ou até, eventualmente, mediante a utilização da rede de CAPS, CAPSAD, que há uma demanda grande por esse serviço também. (Wellington, Promotor de Justiça).

Aí se dizia “ah, mas a gente não tem essas residências terapêuticas, o que a gente vai fazer com essas pessoas...?” Porque os próprios, que nem tiveram conflito com a lei, também carecem dessas residências

terapêuticas, precisam de mais CAPS, não tem CAPS 24 horas, e se tem milhares de pessoas... Como resolver essa prestação de saúde deficitária, para esses outros que careceriam de uma maior assistência? (Nise, Sub Procuradora Geral da República).

A narrativa de Wellington assinala a necessidade de “fechar a porta de entrada”, conforme abordamos em item específico e, a partir daí, construirmos projetos individualizados para as pessoas institucionalizadas nos HCTPs, o que demandaria, para cada um delas, um encaminhamento diferenciado, uma vez que, dentro do universo dessas pessoas, há diversidade em relação ao tempo de internação, à idade, ao diagnóstico, ao apoio familiar, mas que, independentemente das especificidades, todas poderão e tem, como direito garantido, um encaminhamento “extramuros”, a partir da atuação estatal, que deverá ser pautado na sua reinserção social.

A fala de Wellington e de Nise aponta, principalmente, o encaminhamento a serviços substitutivos, como os “serviços residenciais terapêuticos” e “CAPS e CAPSad”, destacando a dimensão técnico assistencial da Reforma Psiquiátrica, com a utilização de serviços no “meio livre”, visando romper a lógica segregacionista e asilar dos HCTPs.

O novo modelo de assistência propõe a construção de uma rede comunitária de cuidados substitutivos ao Manicômio, com atuação integrada, descentralizada e intersetorial, envolvendo não apenas os serviços e equipamentos de atenção à saúde mental, mas igualmente a articulação com outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

No Parecer do Ministério Público Federal (2011), em relação ao conceito de rede, explicita-se:

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 (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011, p. 15).

Para a organização desta rede, importante o entendimento do conceito de território:

O território é 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 ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b, p.26).

A regulamentação dos novos serviços em saúde mental, como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital-dia de psiquiatria, entre outros adveio com a publicação da Portaria n.º 224/92, do Ministério da Saúde, a qual reafirmava os princípios do SUS.

Os CAPS são concebidos com o objetivo de oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários e exercem um papel estratégico para política concebida no Brasil, uma vez que têm a função de organização da rede de atenção psicossocial, conforme Portaria GM/MS 336/02 do Ministério da Saúde.

Em relação à verdadeira destinação dada ao CAPS, Yasui (2010) afirma sua relevância:

O CAPS, mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial, a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nessa proposta. E, mais do que reorganização, essa estratégia relaciona-se intimamente com a proposta política de organização e de assistência à saúde (YASUI, 2010, p. 68).

Assim, o novo modelo de atenção psicossocial proposto não se preocupa apenas com a reorganização dos serviços, mas parte de uma proposta de mudança cultural com novas formas de lidar com a “loucura”.

Nesse aspecto, vale mencionar que pesquisas realizadas em outros Estados da Federação, como a de Fialho e Kolker (2006) no Rio de Janeiro, indicam que frequentemente os CAPS manifestam resistências em acolher os egressos dos HCTPs (GENTIL, 2012), revelando o caráter de interface da problematização institucional conjugada entre Saúde e Justiça.

Outro serviço substitutivo mencionado pelos entrevistados Wellington e Nise é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), normatizado pela Portaria Nº. 106, de 11 de Fevereiro de 2000, do Ministério da Saúde, que estabelece no parágrafo único de artigo 1º:

Entendem-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Em 2004, o Ministério da Saúde edita uma publicação sobre Serviços Residenciais Terapêuticos onde apresenta a seguinte introdução:

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado da comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004, p. 05)

A criação dos Serviços Residências Terapêuticos, no âmbito do SUS, é uma das estratégias para garantir a desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica, buscando oferecer uma nova forma de moradia que privilegia as potencialidades da pessoa com transtorno mental, a partir de sua convivência no meio social das cidades e busca concretizar o fim dos manicômios, estratégia fortalecida pela lei 10216/01 e pela instituição do

Programa “De Volta Para Casa” (BRASIL, 2003), que criou o auxílio-reabilitação psicossocial, por meio da lei 10.708/03, objetivando a manutenção financeira dos pacientes, sem a necessidade da dependência hospitalar para sobreviverem.

Em relação aos Serviços Residenciais Terapêuticos, Franco, nosso entrevistado, adverte:

A gente não pode chegar e dizer “o paciente do manicômio judiciário vai para uma residência terapêutica”. Por quê? Residência terapêutica não é para paciente em medida de segurança; residência terapêutica é para paciente que estava internado em hospital psiquiátrico comum. Então, nós não temos nenhum direito à área de saúde (Franco, Médico Psiquiatra).

A fala de Franco permite-nos apontar a problemática das residências terapêuticas, em relação às pessoas em medida de segurança, pois segundo a Portaria nº. 0052/2004, do Ministério da Saúde, cada leito desativado no hospital psiquiátrico comum remete os recursos financeiros da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), conversão que não ocorre no caso dos HCTPs, por serem instituições penais, não ligadas ao SUS.

Assim, necessário o enfrentamento da questão da vinculação dos HCTPS ao SUS, conforme já exposto no item 4.2.2.2, e da busca de novas formas de financiamento para residências terapêuticas para egressos de HCTPs, pois a atual forma de gestão dos SRT contempla mais um aspecto de exclusão dos egressos dos serviços de saúde.

No Estado de São Paulo, segundo dados da Secretaria de Saúde, em 2010⁷⁷, havia 236 residências terapêuticas com o total de 1.255 moradores, sendo que mais 60 residências estavam em fase de implantação.

---

⁷⁷ Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental/residencias-terapeuticas-no-estado-de-sao-paulo-dezembro-2010?br.com.mmcafe.mmpublish.core.entity.Folder%20-%20PERFIL%20-%20id:%2081>. Acesso em 06 de junho de 2013.

Em relação aos CAPS, em 2011, a cobertura do Estado de São Paulo era de 0,64 CAPS 100.000 habitantes, conforme demonstra o gráfico abaixo:

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Em relação ao número de CAPS no estado de São Paulo, temos 268 estabelecimentos atualmente, sendo 39 CAPS i, 68 CAPS ad, 54 CAPS I, 80 CAPS II e 26 CAPS III⁷⁸.

Em relação ao número de Residências Terapêuticas devemos considerar que a demanda no Estado de São Paulo, segundo o Censo Psicossocial realizado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo⁷⁹, em 2008, sobre os moradores em hospitais psiquiátricos comuns, o total de moradores era de 6.542 indivíduos o que desvela uma grande demanda pela

⁷⁸ Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental/enderecos-dos-centros-de-atencao-psicossocial-caps-do-estado-de-sao-paulo?br.com.mmcafe.mmpublish.core.entity.Folder%20-%20PERFIL%20-%20id:%2081>. Acesso em 01 de junho de 2013.

⁷⁹ http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-mental/censo-psicossocial/censo_psicossocial.pdf. Acesso em 14 de maio de 2013.

construção de SRTs no âmbito do Estado de São Paulo, entre a população moradora de Hospitais Psiquiátricos Comuns.

Furtado (2006) assevera que a despeito da vontade política expressa pelos órgãos oficiais por intermédio de leis e portarias, de sua legitimidade junto aos movimentos pró-reforma, da avaliação positiva dos resultados obtidos pelas iniciativas existentes e da possibilidade de financiamento oriundo dos recursos provenientes da extinção dos leitos, o número de SRTs existentes está muito aquém de seu potencial.

Para a análise do número de serviços substitutivos, devemos considerar a realidade dos HCTPs do Estado de São Paulo, em relação aos demais Estados da Federação. Vejamos:

Fonte: Diniz, Débora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil-Censo 2011. Brasília, UNB/Letra Livres. 2011

Fonte: Diniz, Débora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil-Censo 2011. Brasília, UNB/Letra Livres. 2011

Os gráficos acima apontam que o Estado de São Paulo apresenta mais do que o dobro de internos do que o segundo Estado da Federação, o Estado do Paraná, o mesmo ocorrendo em relação à população feminina dos HCTPs, considerados apenas os números absolutos.

O Estado de São Paulo é o mais populoso do País, concentrando 22% da população nacional⁸⁰. Em relação aos internos nos HCTPs, apresenta 25% da população nacional que se encontra em HCTPs.

Em relação às mulheres, a expressividade numérica das internas nos HCTPs paulistas é ainda maior com 36% da população total do país. Importante salientarmos que no gráfico abaixo, conforme dados do Censo Nacional, temos os Estados da Federação que possuem HCTPs ou Alas de Tratamento Psiquiátrico, que podem, ou não possuírem uma ala feminina.

Os dados estatísticos apresentados demonstram que a representatividade numérica dos internos nos HCTPs paulistas, por ser o Estado mais populoso da Federação, representa um desafio para a

⁸⁰ Segundo dados do IBGE, em 2011, a população nacional era de 196,7 milhões de habitantes, sendo que no Estado de São Paulo viviam 41,2 milhões.

implantação de serviços substitutivos, uma vez que há maior demanda por esses serviços, quando ponderamos a população que cumpre medida de segurança em São Paulo.

Assim, entendemos que o Estado de São Paulo enfrenta maior complexidade para lidar com diversas questões, perpassando por questões, tais como da mobilidade urbana, moradia, sendo o cenário dos HCTPs mais uma questão a ser enfrentada pelo Estado considerado a “locomotiva do país”.

Outro aspecto a ser considerado, em relação ao perfil da população internada nos HCTPs paulistas, é relatado por alguns de nossos entrevistados:

Mas a questão é a seguinte, você tem o paciente cronificado, e pela própria cronificação da doença, já não oferece mais a tal da periculosidade que tanto se discute, e que poderia realmente estar fora, estar se tratando em algum outro tipo de instituição, em um lar de abrigados, numa pensão, numa república, sei lá o que. Não é a cronificação da doença que vai impedir o paciente de sair (Maria Clementina, Psicóloga).

Você tem lá uma ala dos mais comprometidos, que não teriam razão nenhuma para não sair de Franco, porque, não é uma questão de segurança, é uma questão de transtorno mental mesmo, enfim. (Carla, Defensora Pública).

As falas de Maria Clementina e Carla apontam a necessidade de se pensar em uma população longamente institucionalizada, que apresenta a cronificação da doença, onde há uma tendência de isolamento, dificuldade para a realização de atividades práticas e de autocuidado, medo de viver fora da instituição, dificuldade em trocas afetivas, entre outros. Tal quadro intensifica a demanda pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Em relação aos pacientes “cronificados”, na Audiência Pública sobre “Saúde Mental: Execução de Medida de Segurança e aplicação da Lei 10.216/01 ao Sistema Penitenciário Nacional” (2011), Tania Maria Dahmer

Pereira, Diretora do Hospital Heitor Carrilho do Rio de Janeiro, teceu importantes considerações:

A maioria muito comprometida publicamente, com diabetes, vários já tiveram AVC, tuberculose, (...) muitos com problemas musculares, com dificuldade muito grande de locomoção, envelhecidos. Mas não envelhecidos do ponto de vista de que são pessoas idosas, não cronologicamente falando. São pessoas envelhecidas pelo tempo, pelo desgaste da institucionalização (...) muitos rotinizados, sem desejo. Então, no dia a dia eu corro as enfermarias todas, convido para sair da cama, os enfermeiros convidam para sair da cama, porque, ficar na cama é uma rotina. A questão de tomar banho, a questão de cortar as unhas, a questão da limpeza do ambiente, são aspectos que a gente não encontra mais em muitos pacientes, o desejo de fazê-lo, ou a necessidade de fazê-lo. Então, eles precisam ser provocados para isso, eles precisam ser trazidos para a sala de banho, serem acompanhados para isso. E, não tem mais o desejo de fugir⁸¹.

Assim, pensar em pacientes crônicos não é somente pensar em pacientes idosos, mas em pacientes institucionalizados que demandam cuidados específicos, relacionados à esfera do autocuidado e à busca de ressignificação para a sua vida.

Em relação ao tempo de internação, temos o seguinte quadro nos HCTPs paulistas:

---

⁸¹ Áudio transcrito pela Pesquisadora

Fonte: Diniz, Débora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil-Censo 2011. Brasília, UNB/Letra Livres. 2011

Em relação ao tempo de internação, temos 345 indivíduos (3,65%) entre 1 a 3 anos de internação, o que desvela-nos que as internações continuam ocorrendo no âmbito do estado de São Paulo, apesar das determinações da lei 10.216/01, conforme já apontamos anteriormente. Além disso, das 18 pessoas internadas no Brasil, além do limite máximo permitido no Brasil, que é de 30 anos, 03 indivíduos encontram-se nos HCTPs paulistas, chamando-nos a atenção à existência de 119 (quase 12%) indivíduos sem informação quanto ao tempo de internação, o que poderia representar um número ainda maior de pacientes longamente institucionalizados.

Assim, a partir dos dados estatísticos apresentados e das narrativas de nossos entrevistados, temos desafios a serem enfrentados no âmbito do Estado de São Paulo, em relação à implantação de serviços substitutivos, em especial dos CAPS e, sobretudo, de residências terapêuticas para que a já comentada falta de vaga nos HCTPs, não seja reproduzida em relação a novos espaços de vida e de atenção à saúde da população internada, ainda hoje, nos HCTPs.

4.7.2 – O papel da família e a nova “condenação” da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei: a transinstitucionalização.

A fala de nossos entrevistados menciona a questão da família dos internos dos HCTPs, uma vez que o apoio familiar é aspecto relevante para a desinternação.

Nosso caso aqui é específico, é um doente mental que cometeu um crime muito grave; então eu acho que essa lei não tem aplicação nenhuma aqui em nosso caso; ela vem com essa ideia de se evitar ao máximo a internação, que a internação é algo que não possa ser bom para o paciente, que o contato com a família é importante... Mas o nosso paciente aqui, ele praticou um crime gravíssimo e muitas vezes sequer a família o quer de volta; então, acho que essa lei não tem aplicação nenhuma no nosso âmbito aqui (Mauricio, Promotor de Justiça).

Quanta gente [internada nos HCTPs] que a família tinha um interesse imenso, diziam “a gente cuida” (Maria Clementina, Psicóloga).

A fala de Mauricio, ao negar pertinência da aplicação da lei 10.216/01 no âmbito das medidas de segurança, aponta que as ideias da Reforma Psiquiátrica de não internação a longo prazo e de que o ‘*contato com a família é importante*’ não seriam aplicadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, uma vez que, do ponto de vista do entrevistado, há uma relação entre transtorno mental e o cometimento de crimes graves, o que levaria à rejeição familiar.

Por outro lado, a fala da entrevistada Maria Clementina assinala que muitas famílias tinham um ‘*interesse imenso*’ com os parentes internados nos HCTPs de São Paulo.

As narrativas dos entrevistados Mauricio e Maria Clementina, em relação ao apoio familiar dos internos nos HCTPs paulistas, apontam perspectivas diversas que demandariam pesquisas específicas para a questão, mas há dados e questionamentos que já podemos delinear para a análise do quadro apresentado por eles.

Uma pesquisa realizada com 78 internos do HCTP I de Franco da Rocha, por ocasião da elaboração do SAIPEMS, trouxe que 51 indivíduos (65%) contavam com respaldo familiar, sendo que desse total 45 indivíduos (58%) recebiam visitas, 12 indivíduos (15%) recebiam telefonemas, 9 indivíduos (12%) recebiam cartas e 2 (3%) apoio na desinternação, fazendo-nos indicar que é necessário enfrentar o que se considera como apoio familiar.

Os dados apontam que a maioria dos internos dos HCTPs conta com respaldo familiar, mas devemos considerar no que consistente esse respaldo, uma vez que nem sempre o contato familiar poderá ser representativo de apoio para a desinternação.

Ainda em relação ao contato familiar, devemos considerar que a localização geográfica dos HCTPs paulistas podem dificultar as visitas dos familiares residentes em localidades distantes, o que poderá ser agravado diante das condições financeiras vividas pelos familiares, uma vez que a maioria dos internos pertence a camadas populares, conforme aponta o Censo Nacional realizado em 2011, levando-os a manter contato por carta ou telefonema.

Outro importante fator a ser considerado é o de que muitos internos têm os laços familiares desfeitos pelo longo tempo de internação a que são submetidos, conforme analisado por Medeiros (2005).

Há ainda que se enfrentar o aspecto do abandono familiar, pois conforme relatado por Pegoraro e Caldana (2006), a família de um indivíduo com transtorno mental sofre sobrecargas de ordem prática, emocional e de ordem financeira. Há alteração de sua rotina doméstica, pois cuidam da higiene corporal direta ou indiretamente, acompanham em consultas, administram medicamentos, vivem em estado de alerta com medo de novas

crises e passam por dificuldades financeiras, principalmente entre as famílias mais pobres, que dependem de auxílio externo para a sobrevivência.

Além disso, a doença mental é carregada de estigma que atinge os membros da família, principalmente porque, na maioria das vezes, os próprios familiares trazem consigo preconceitos acerca do transtorno mental, levando muitos a abandonar seus familiares com transtorno mental, ainda mais se considerarmos o contexto do cometimento do delito.

Para Agudelo (1997), ao aceitar esta lógica do abandono familiar, a sociedade reconhece sua impotência para recuperar parte dos seus membros e opta, ativa ou passivamente, por autorizar ou tolerar sua exclusão.

Em relação ao apoio familiar, importante verificarmos que há, no caso de pessoas internadas nos HCTPs, problematizações outras, segundo os entrevistados e literatura existente, em relação às pessoas com transtornos mentais que não cometeram delitos, uma vez que nos HCTPs há uma parcela de indivíduos que cometeram delitos dentro do seio familiar, o que representaria um elemento a mais para o abandono familiar.

No Estado de São Paulo, segundo dados do Censo Nacional de 2011, 183 (18%) indivíduos que cometeram delitos contra familiares, sendo que desses, 79 (43%) cometeram o delito de homicídio ou tentativa de homicídio⁸², portanto, há parcela significativa de internos de cometeram delitos contra familiares, mas representam um universo de 183 indivíduos para o total de 1025 internos, no período pesquisado.

Assim, há que se considerar que a narrativa do entrevistado Mauricio não é demonstrativa da realidade global dos HCTPs, onde poucos internos cometeram crimes “graves”, considerando os 79 indivíduos que cometeram homicídios ou tentativas de homicídios contra familiares, do universo total de 1025 internos, perfazendo o percentual de 7,8%.

---

⁸² Dados compilados pela pesquisadora a partir do Censo Nacional realizado em 2011. Diniz, Débora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil-Censo 2011. Brasília, UNB/Letra Livres. 2013.

Em relação à prática de homicídios entre familiares por parte das pessoas com transtorno mental, Diniz (2013, p. 16) defende que a ocorrência de delitos entre os familiares ocorre, “seja porque o louco se mantém em casa e não reconhece a rua como seu espaço de sociabilidade, seja porque a casa é um espaço de risco, é na família que se concentram os homicídios”.

A prática de um delito contra a vida dentro do seio familiar traz, muitas vezes, ao invés de solidariedade, uma atitude reticente em relação ao membro marginalizado, além de um sentimento de descrédito na ‘reabilitação’, também repulsa por seu retorno ao lar e/ou à comunidade.

Por outro lado, Medeiros (2005) considera ainda o fato de que muitos indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei já viviam em situação de rua antes do cometimento do delito e, portanto, já viviam privados de laços familiares antes do cometimento do crime.

Esse cenário de falta de estrutura familiar, conforme narrado pelo entrevistado Mauricio, remete à ideia de uma segregação indeterminada à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, remetendo-nos a mais um aspecto que contribui para a “prisão perpétua” dos internos nos HCTPs.

Nesse sentido, transcrevemos o acórdão proferido pela 3ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo, no recurso de Agravo de Execução Penal nº 0235162-58.2012.8.26.0000, datado de 16 de abril de 2013, Relator Ruy Alberto Leme Cavalheiro:

Em 30/8/2011, foi realizada perícia para verificação de cessação de periculosidade, tendo a equipe entendido que se encontra cessada, podendo o agravante receber a desinternação condicional e que considerando a desestabilização emocional gerada pela dinâmica familiar, sugeriu-se o prosseguimento de tratamento em CAPS.

(...)

Dessa forma, não parece suficiente, ao menos, ao tempo da decisão, o tratamento ambulatorial sugerido na conclusão, até mesmo porque consta do laudo que o agravante não recebe visitas e nem envia e recebe cartas, e o

mencionado apoio materno se deu unicamente por uma ligação telefônica da assistente social (grifos nossos) ⁸³.

Assim, ainda que o indivíduo tenha o laudo de cessação de periculosidade, conforme já expusemos isso poderá não representar a sua liberdade, pois ao vincular a sua desinternação ao suporte familiar, que muitas vezes está desfeito, seja pela prática de crimes no seio familiar, seja pela ruptura desses devido ao longo tempo de internação, ou porque esses laços já estavam desfeitos antes mesmo da internação, maior será a probabilidade de o interno permanecer na instituição pelo resto da vida.

Portanto, o indivíduo com transtorno mental é penalizado a submeter-se à medida de segurança pelo crime cometido, cumprindo assim, sua pena estatal, mas, muitas vezes, lhe é imposta uma pena extra, a pena da exclusão familiar que, ao mesmo tempo em que o despreza, acaba por fortalecer a pena de estatal imposta, gerando um círculo vicioso, onde o HCTP transforma-se definitivamente em local dos considerados indesejáveis, punidos perpetuamente apenas pelo transtorno mental a que foram acometidos durante sua vida.

Ressaltemos que, no acórdão acima citado, ocorreu a sugestão por laudo emitido pela equipe interdisciplinar de prosseguimento de tratamento ambulatorial no CAPS, ou seja, a continuidade do tratamento em meio aberto, em serviço substitutivo da rede de atenção em saúde mental, entretanto, a falta de respaldo familiar obstaculizou a permissão legal para a desinternação.

Entretanto, a lei 10.216/01 estabelece:

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

83

Disponível em <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=6669515&v1Captcha=hPUZD>. Acesso em 13 de abril de 2013.

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

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

Da legislação antimanicomial depreendemos a responsabilidade do Estado, com participação da família e da sociedade, pelo desenvolvimento de mecanismos alternativos para a prestação de assistência à saúde às pessoas com transtornos mentais, não se devendo depositar na família responsabilidades pelo sucesso da desinternação do indivíduo, cabendo ao Estado cuidar dessa população e proteger seus direitos fundamentais (DINIZ, 2013).

O entrevistado Franco aponta outra consequência da falta de residências terapêuticas e do apoio familiar:

Há pessoas que já sofreram tanto, tanto o destratamento, que não tem mais como você conseguir reinseri-los... Uma das formas de escoar esse paciente, depois de muitos e muitos anos que eles já cronificaram, que não existe mais condições desses indivíduos irem para a sociedade, porque nós conseguimos acabar com a vida deles, é mandá-los para os hospitais de saúde, até para abrir vaga para outros virem para serem cronificados (Franco, Médico Psiquiatra).

A fala de Franco permite descortinar a tendência atual da transinstitucionalização dos pacientes dos HCTPs para os Hospitais Psiquiátricos comuns, o que pode ser corroborado com o auxílio de dados estatísticos extraídos do Censo Psicossocial realizado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo⁸⁴, em 2008. Do total de 6.542 moradores em hospitais psiquiátricos comuns, 244(3,8%) eram advindos de internações anteriores da antiga FEBEM e 72 (1%) são oriundos do HCTPs, ou seja, são moradores de hospitais psiquiátricos, atendendo a mandato judicial.

⁸⁴ http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-mental/censo-psicossocial/censo_psicossocial.pdf. Acesso em 14 de maio de 2013.

Para corroborarmos os dados apresentados e a fala de Franco, traremos a transcrição de um acórdão proferido pela 9ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo, no Habeas Corpus nº 0041038-41.2013.8.26.0000, datado de 25 de abril de 2013, Relator Sérgio Coelho, onde o próprio interno M.H. redigiu a sua petição endereçada ao Tribunal:

Habeas corpus. Paciente que cumpria medida de segurança por tempo indeterminado e que foi agraciado com indulto presidencial. Decisão que acolheu parecer psiquiátrico forense e determinou a transferência do paciente para hospital comum, por não ter cessada sua periculosidade, mantendo-o no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico enquanto aguarda surgimento de vaga. Pedido de transferência imediata. Impossibilidade. Necessidade de obediência à ordem cronológica dos pedidos. Ordem denegada. Com determinação.

M. H., de próprio punho, impetra a presente ordem de *habeas corpus*, sem pedido de liminar, em favor de si mesmo, apontando como autoridade coatora o MM. Juízo de Direito da Vara das Execuções Criminais da Comarca desta Capital.

Sustenta, pelo que se pode inferir, que “*não consta mais pena na medida de segurança*” e que não encontra aceitação de sua família⁸⁵.

Vejamos que M.H. foi agraciado por indulto presidencial e, se não fosse inimputável, estaria livre, sem qualquer ônus decorrente de sua condenação. Entretanto, conforme já apontamos, ao ser pessoa com transtorno mental e ter uma sentença absolutória passa a ser segregado em nome da periculosidade que supostamente apresenta.

Apesar do indulto presidencial, M. H. aguarda no HCTP uma vaga para um hospital psiquiátrico comum, assim, ao impetrar o Habeas Corpus, em seu favor, alega que “*não consta mais pena na medida de segurança*”.

As palavras utilizadas por M.H. permitem desvelar que, qualquer discussão da doutrina penalista sobre a natureza jurídica da medida de segurança, torna-se inútil, afinal para quem a sofre é pena e pena *ad eternum*, pois M. H., sem amparo da família, deve aguardar preso a sua suposta liberdade: a transferência para outro hospital psiquiátrico.

⁸⁵ <http://esaj.tjsp.jus.br/cjsq/getArquivo.do?cdAcordao=6699686>

A situação de M. H. é representativa da desvantagem dos internos dos HCTPs, em relação aos moradores dos hospitais psiquiátricos comuns, uma vez que a esses, o movimento da Reforma Psiquiátrica luta pelo fim dos manicômios e pela sua desinstitucionalização e, a eles já existe o reconhecimento normativo das residências terapêuticas, já aos internos dos HCTPs, a sua luta ainda é para que sejam reconhecidos como “pacientes” e que possam estar em um local asilar, mas que, ao menos, seja apenas “hospital” e não prisão.

Os dados apresentados e a fala de Franco trazem a questão da transinstitucionalização, onde há uma lógica similar de exclusão e segregação e não uma mudança do paradigma asilar/manicomial, que permite um sistema de retro alimentação do sistema manicomial, pois ainda que os Hospitais Psiquiátricos conseguissem encaminhar seus pacientes para as residências terapêuticas, buscando novas formas de reinserção social, o envio de pacientes do sistema prisional, seja dos HCTPs ou da Fundação Casa (antiga FEBEM) não permite o fechamento do ciclo vicioso existente na lógica da segregação.

Assim, é necessário pensarmos em alternativas para o encaminhamento dos pacientes longamente institucionalizados que hoje vivem nos HCTPs, sob pena de continuarmos a reproduzir o modelo vigente há décadas, que apenas conduz à morte em vida das pessoas que são encaminhadas aos Manicômios Judiciários.

Ao pensarmos nessa questão importante verificarmos que, segundo o Censo Nacional de 2011, há no estado de São Paulo, 227 indivíduos que não deveriam estar internados nos HCTPs, pois se encontram em uma das seguintes situações: periculosidade cessada, já possuem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou receberam a desinternação progressiva. Desse total, há 113 (50%) de indivíduos em que foi constatada a cessação da periculosidade e há 19 indivíduos (2%) em que há sentença de desinternação, mas todos permanecem nos HCTPs.

Em relação aos que tiveram a cessação da periculosidade constatada, há ainda a necessidade da sentença de desinternação, ou seja, que além do laudo do perito psiquiatra, haja um pronunciamento judicial sobre a possibilidade de sua liberdade, o que muitas vezes é atrelado ao suporte familiar.

Em relação aos que possuem sentença de desinternação, mas continuam nos HCTPs, podemos questionar a dificuldade de reinserção dos egressos na comunidade e na família e a existência de um quadro de precariedade social, ou seja, o fato de o morador não ter lugar para morar fora do hospital e/ou não ter renda, conforme aponta Diniz (2013):

Estamos diante de um grupo de indivíduos cuja precariedade da vida é acentuada pela loucura e pela pobreza, mas também diante de vidas precarizadas pela desatenção das políticas públicas às necessidades individuais e aos direitos fundamentais (DINIZ, 2013, p.17).

Em pesquisa realizada em HCTPs do Rio de Janeiro, Fialho e Kolker (2006) concluíram “que um número significativo de pacientes com Medida de Segurança cessada acaba retornando ao HCTP por dificuldade de obter tratamento em sua própria comunidade” (FIALHO; KOLKER, 2006, p.23, *apud* GENTIL, 2012, p. 75).

Importante ainda considerarmos outro aspecto que exige outros estudos para aprofundamento, a questão de que as pessoas internadas nos HCTPs tiveram sua existência marcada por passagens em instituições psiquiátricas.

Conforme já apontamos no item 4.2.1, Gentil (2012) ao analisar os prontuários dos internos na Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal demonstra que em 60% dos casos ocorreu a passagem por “alguma instituição de cuidado em saúde ou de atenção socioeducativa”.

Um levantamento realizado pela Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo com 78 pacientes internados no HCTP I de Franco da Rocha, por ocasião da elaboração do SAIPEMS,

apontou que 42 pacientes (54%) tiveram internações em hospitais psiquiátricos antes da decretação da medida de segurança.

O cenário delineado é permeado por imensos desafios e limites para a implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, uma vez que a busca pela finalidade permanente de reinserção social dos pacientes internados nos HCTPs, traçada pela Lei 10.216/01, pugna pela construção da “porta de saída” dos HCTPs, caminho que será construído com a transformação e reformulação de novos encaminhamentos clínicos, terapêuticos, jurídicos e sociais aos internos dos HCTPs.

4.7.3 – Da complexidade entre diagnóstico e criminalidade: os transtornos de personalidade, de preferência sexual e abuso de álcool e outras drogas.

Os relatos de nossos entrevistados apontam a complexidade existente em relação ao tratamento de alguns transtornos mentais, tais como, os denominados transtornos de personalidade, transtorno de preferência sexual e transtorno por abuso de álcool e outra drogas.

Em relação aos diagnósticos, frisamos que utilizamos os dados disponíveis e nomenclatura empregada no Censo Nacional de 2011 e, assim, não foi possível considerar a complexidade existente de que um indivíduo pode apresentar mais de um diagnóstico, tampouco as variações existentes para cada categoria de diagnóstico, perfazendo-se a seguinte distribuição nos HCTPs do Estado de São Paulo:

Fonte: Diniz, Débora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil-Censo 2011. Brasília, UNB/Letra Livres. 2011

Os dados acima tabulados demonstram que, assim como a realidade existente nos HCTPs de todo o Brasil, a maior parte dos internos são diagnosticados com esquizofrenia, 376 indivíduos (37%).

Entretanto, em segundo lugar, diferentemente no cenário brasileiro, temos os transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas, com 170 indivíduos (17%), seguidos dos indivíduos com retardo mental, com 161 indivíduos, representando 16%.

Em relação à esquizofrenia e ao retardo mental, necessária a discussão da esperada “cura das doenças mentais”, conforme já pontuamos anteriormente, uma vez que se atrela, muitas vezes, a noção de cura à cessação de periculosidade, o que se demonstra inviável diante dos diagnósticos de esquizofrenia, doença crônica e retardo mental, que apresenta um elemento orgânico.

Em relação aos transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas, transtornos de personalidade e transtorno de preferência sexual, temos os seguintes dados:

Fonte: Diniz, Débora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil-Censo 2011. Brasília, UNB/Letra Livres. 2011

Os dados revelam que, no Estado de São Paulo, há o maior número absoluto de indivíduos diagnosticados transtorno por álcool ou outras drogas, com 52% de todos os internos do país, pacientes com transtorno de personalidade representam 56% e pacientes com transtorno da preferência sexual representam 74%.

Vale mencionar que o fato de São Paulo apresentar esses índices não aponta necessariamente para o fato de existirem um maior número de indivíduos com os citados transtornos, mas que devemos nos debruçar sobre a questão da realização de tais diagnósticos, o que demandaria estudos mais aprofundados.

A peculiaridade do cenário paulista é representativa de diversos desafios típicos do estado mais populoso da Federação, demandando ações e políticas de saúde pública destinadas a essa população, sendo que a proposta inicial do SAIPEMS buscava o enfrentamento a esse quadro complexo, através da divisão por patologias como facilitadora e necessária para a concepção de estratégias para o encaminhamento dos pacientes.

A proposta do SAIPEMS considerava, a partir da experiência dos profissionais dos HCTPs paulistas, que a convivência entre pacientes com transtorno psicótico com pacientes com transtorno de personalidade e/ou abuso de álcool e outras drogas era contraindicada e que transtornos mentais diferenciados teriam necessidades terapêuticas distintas, tanto que há a criação de equipamento diferenciados na rede de atenção a saúde mental, tais como CAPS e CAPS AD.

O entrevistado Franco aborda esse aspecto:

Então nós temos, em medida de segurança, pacientes com transtorno de personalidade, pacientes dependentes químicos, transtornos sexuais, psicóticos e transtornos orgânicos.

E, essas pessoas todas vêm em manada; então, dentro do mesmo local em que você trata um paciente psicótico, você vai tratar um paciente com transtorno sexual. Tratar não, entre aspas, você joga lá dentro dos hospitais de custódia essas pessoas, sem tratamento e sem um planejamento terapêutico individualizado.

Então, a primeira proposta do Saipems era subdividir esses grupos pelo diagnóstico. Como a saúde nunca se importou com isso, não existe na literatura tratamentos adequados para essas pessoas; a gente finge que trata. Então, a nossa proposta era mandar esses indivíduos para lá, fazer um convênio com o hospital escola, para que verdadeiramente essas pessoas pudessem se beneficiar de um tratamento.

E os transtornos psicóticos, esses sim, deveriam ficar aqui em Franco da Rocha, para inicialmente a gente dar uma limpada nisso, e essas pessoas irem para a reforma, eles seriam abrangidos pela reforma... Para ter residência terapêutica, que a maior parte deles já tem mais

de três anos, e eles iriam ter que ser tratados de acordo com a reforma; se está em um quadro agudo você vai ser tratado no hospital geral, se está em um quadro crônico, vamos ter CAPS, NAPS, e agora a residência terapêutica, que é o que tem. Então, não tratar o transtorno psicótico da mesma forma que trata um dependente químico; que isso não é tratamento. (Franco, Médico Psiquiatra).

Outra questão que envolve a complexidade das pessoas internadas nos HCTPs estudados é a do transtorno relacionado a uso de álcool e outras drogas, algo que se buscou enfrentar, como parte do SAIPEMS, inaugurando-se, em 2009, a Unidade para Adictos no HCTP I de Franco da Rocha, visando ao enfrentamento específico para o elevado número de dependentes químicos, conforme pontua Sampaio (2010).

A questão da dependência química é assinalada pela entrevistada Maria Clementina:

Se bem que hoje a gente tem uma outra realidade, a mudança do perfil dos pacientes do hospital de custódia; hoje você tem uma população assim, bem mais jovem, uma porcentagem alta com envolvimento com drogas, e que acaba indo parar lá; ou porque comete o delito para conseguir a droga ou porque comete o delito porque estava sob efeito de droga... Então, hoje a droga também é o grande xis da questão nos hospitais de custódia (Maria Clementina, Psicóloga).

A fala de Maria Clementina afirma que a questão da dependência química é o grande problema a ser enfrentado pelos HCTPs paulistas na atualidade, indicando a alta porcentagem de indivíduos internados por envolvimento com “drogas”, algo corroborado pelos dados estatísticos já apresentados e, ainda, trazendo como consequência uma mudança no perfil da população dos HCTPs, em relação à idade, uma população “jovem”, fato já apontado por Mamede (2006).

A mudança do perfil tradicional da população internada nos HCTPs, por uma população mais jovem e com problemas ligados ao uso de

drogas e que demandaria pesquisas mais aprofundadas, igualmente, foi relatado por Gentil (2012) em sua pesquisa no Distrito Federal.

Pesquisas como a realizada por Valença (2006) apontam que pessoas que apresentam abuso no uso de drogas têm um risco de 12 a 16 vezes maior de se envolver em comportamento violento do que outras que não usam substâncias, o que reafirma a importância de pesquisas relacionadas à questão das drogas.

O auxílio dos dados estatísticos demonstra esse perfil mais jovem:

Fonte: Diniz, Débora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil-Censo 2011. Brasília, UNB/Letra Livres. 2011

A entrevistada Carla, em relação ao Projeto do SAIPEMS com a Unidade para Adictos no HCTP I de Franco da Rocha, narra:

Há um retrocesso que é evidente, é no tratamento de dependência química. A linha que foi adotada pelo Paulo [entrevistada refere-se ao ex-coordenador de Saúde da SAP], ela não existe mais, que era a linha de confiança no paciente, e só ia lá para o tratamento o paciente que queria, não foi ninguém obrigado. Porque as condições eram, reconhecidamente, pela própria

coordenadoria de saúde, eram precárias. Então o paciente tinha que assumir, porque a proposta era de abstinência total, inclusive de cigarro, porque, por falta de [entrevistada faz uma pausa]. Tinha falta de medicação, uma série de coisas, então é uma proposta bem radical mesmo, mas era o que se podia fazer ali, dentro da realidade do HCPT. A relação tinha que ser de confiança, porque, eles estavam num espaço que eles conseguiam sair do hospital e ir embora e não voltar mais; e foi um programa que, era um começo de programa, tinha toda uma assistência psicossocial, ele andou bem, a porcentagem de abandono foi bem pequena, tanto de abandono do tratamento, querer voltar lá para o convívio, como de abandono do hospital, de pessoas evadidas, digamos; todas acabaram voltando e tal, mas...

Aí teve um retrocesso mesmo, porque, o programa como existia não existe mais, nem sei se tem algum programa específico para drogado são atualmente em Franco da Rocha.

Agora, voltou àquela questão mais religiosa mesmo, as atividades, as músicas, não é mais livre... tem que ter religião no meio... Enfim, Franco mudou, é outra realidade, tem um lado bom de mudança, mas, teve um retrocesso (Carla, Defensora Pública).

A narrativa da entrevistada Carla aponta que o trabalho iniciado com a proposta do SAIPEMS, em relação ao enfrentamento da dependência química, apesar das dificuldades enfrentadas pelo conhecido cenário de falta de funcionários e até de medicação, obteve bons resultados, tais como existência de atenção psicossocial e pequena porcentagem de abandono em relação ao tratamento.

A inauguração, em 2009, como parte do SAIPEMS, da Unidade para Adictos no HCTP I de Franco da Rocha, visava oferecer tratamento

especializado a pacientes com diagnóstico, ou histórico, de uso de álcool e drogas, internados nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de São Paulo, buscando a conscientização do transtorno, aderência ao tratamento, melhoria da qualidade de vida e posterior reintegração social e familiar.

Diante de tais objetivos, buscavam-se aplicar técnicas terapêuticas diversas, como comportamental, cognitiva e psicanalítica, implantando ações que visavam ao controle dos impulsos e emoções, compreensão da doença, implicações oriundas desta dependência, bem como as perdas e sequelas provenientes de tal transtorno, havendo a abstinência de qualquer tipo de droga, inclusive cigarro, criando-se regras e limites para a convivência do paciente nessa Unidade, conforme narra a entrevistada Carla.

Os pacientes ingressavam no projeto espontaneamente e passariam a se alimentar com garfo e faca, a vestimenta era de livre escolha e com acesso a telefone público bem como aos seus prontuários clínicos, pautando-se, portanto em ações que buscavam a autonomia do paciente⁸⁶.

Apesar dos bons resultados apontados por Carla, o tratamento para dependentes químicos desenvolvido no HCTP I de Franco da Rocha “não existe mais”, ocorrendo um evidente “retrocesso”, que parece estar relacionado com a saída de Paulo César Sampaio da Coordenadoria de Saúde da SAP.

Tal programa acabou e o que lhe substituiu é algo indefinido, voltado, segundo Carla, mais para a questão religiosa, onde provavelmente grupos voluntários busquem suprir o lugar, onde a atuação estatal é obrigatória.

A política governamental deveria estar pautada na existência de uma estratégia firmada nas diretrizes colocadas no Relatório Final do Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e

---

⁸⁶ A principal referência utilizada pela Pesquisadora foi a utilização de material produzido pela Secretaria de Administração Penitenciária de São Paulo e cedido por Paulo César Sampaio, Coordenador de Saúde da SAP, à época da tentativa de implantação do SAPEMS.

Tratamento Psiquiátrico (2002), que compreende que , enquanto existirem os ‘manicômios judiciários’, as condições mínimas de funcionamento devem se adequar às normas do SUS, direcionadas no sentido da humanização, desospitalização e desinstitucionalização, evoluindo para regime aberto, através da definição de projetos terapêuticos que garantam que o tratamento possa ser feito no menor tempo possível e voltado para a reinserção dos pacientes nos serviços de saúde mental comunitários.

Poderíamos entender esse possível retrocesso dentro de um processo que pode ter buscado algumas mudanças pontuais, mas que, dentro de um cenário global, não apresentou rupturas ao modelo asilar ali existente, o que demandaria mais do que “boa vontade” de um determinado grupo de funcionários, mas a adoção de uma política governamental compromissada com o tratamento de saúde dos internos, não passível das intempéries ocorridas com a mudança de gestores.

Nesse sentido, a entrevistada Nise relata:

Eu conheço casos aí mesmo em São Paulo, que o hospital estava indo bem, aparentemente estava entrando em mudança, e aí de repente as coisas mudam... Normalmente muda quando há um novo gestor, que tem outras prioridades, prioriza o...não tem, não acredita em mudanças que possam estar havendo tanto com setor de psicologia como terapia ocupacional, acreditam mais na medicação e na internação (Nise, Sub Procuradora Geral da República).

Nise aponta que há casos em que o HCTP, em São Paulo, “aparentemente estava entrando em mudança, mas de repente as coisas mudam”, quando há a entrada de um novo gestor que acredita “mais na medicação e na internação”, permitindo descortinar que a quebra de continuidade do trabalho desenvolvido reflete a visão administrativa do gestor, que se pautada na lógica carcerária irá traçar diretrizes conservadoras e segregatórias para o cumprimento das medidas de segurança.

Musse (2008) e Aith (2006) consideram a existência de políticas públicas de Estado e políticas públicas de governo, nas quais, as últimas, em sua forma de elaboração, planejamento e execução, podem sofrer quebra de continuidade e podem ser delegadas e terceirizadas.

Aith (2006) defende que há, no Brasil, políticas públicas que só podem ser desenvolvidas pelo Estado, uma vez que visam à consolidação das instituições que formam o próprio Estado, a execução de ações específicas voltadas à proteção dos direitos fundamentais e a consolidação do Estado Democrático de Direito, como é o caso da área da saúde, que deve realizar ações e serviços públicos voltados à vigilância sanitária e epidemiológica, à fiscalização das atividades de interesse à saúde, ao controle das ações e serviços privados de saúde executados no Brasil, entre outras e assim, não devem estar sujeitas às ingerências políticas e devem ser permanentes.

As políticas de Estado exigem continuidade, devem ser perenes e não podem sofrer alterações conforme a troca de governantes. A questão da segurança nacional, por exemplo, não pode ter quebra de continuidade, já que trata-se de tarefa essencial do Estado, sob pena de se colocar em risco a ordem pública e a soberania nacional. Assim também é, na área da saúde, com as ações e serviços públicos voltados à vigilância sanitária e epidemiológica, à fiscalização das atividades de interesse à saúde, ao controle das ações e serviços privados de saúde executados no Brasil, entre outras (AITH, 2006, p. 421).

Outra questão importante, em relação à dependência química, é que, além da diminuição da faixa etária dos pacientes internados nos HCTPs, ocorreu um aumento de mulheres internadas, envolvidas com histórico de uso de drogas, sendo que o Estado de São Paulo apresenta, ainda, a maior porcentagem de mulheres internadas nos HCTPs, conforme demonstram os dados estatísticos já apontados acima, pois temos somente no Estado de São Paulo 101 mulheres internadas em HCTPs, enquanto em todos os demais Estados há 190 mulheres.

Gentil (2012, p. 78) ao analisar os prontuários dos internos da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal indica que “é possível afirmar

que em 68% dos casos aparecem referidos histórico de uso de álcool e/ou drogas”, demonstrando a importância do aprofundamento da temática relacionada à dependência química.

A consideração desse quadro também foi analisada pelo SAIPEMS que criou um projeto de reestruturação da Colônia Feminina, com a ampliação da assistência terapêutica às pacientes observando-se as necessidades específicas de cada uma (SAMPAIO, 2010).

A proposta do SAIPEMS, conforme assinala a fala de Franco, visava ao enfrentamento da polêmica questão que envolve o tratamento dos pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade, categoria na qual, segundo o CID 10, estão relacionados aos chamados transtorno de preferência sexual, por meio de uma parceria a ser firmada com Universidades.

A entrevistada Nise, do mesmo modo, afirma a controvérsia existente em relação ao diagnóstico e tratamento do transtorno de personalidade e preferência sexual:

Outra coisa é o que fazer com essas pessoas que têm transtorno de personalidade, ou seja, aqueles que comprovadamente, que são esses assassinos em série, que são poucos também, graças a Deus, ou que são estupradores, coisas desse tipo, ou são aquelas pessoas perversas. Essas pessoas têm um transtorno distinto daquelas outras, que aí se diz que eles teriam transtorno de personalidade... Como fazer com essas pessoas? Então se discutia também isso, essa discussão foi muito presente. É uma discussão que exige muita sinceridade de todas as partes, porque expõe muitas dúvidas. O que fazer com esse tipo de pessoa? “ah não, esse tipo de pessoa, ele não tem tratamento”. Ele comete um delito, ele não tem tratamento, ele deve ficar preso, deve ser considerado um preso comum; porque ele sempre vai ser assim, é um transtorno de personalidade, ele não vai mudar (Nise, Sub Procuradora Geral da República).

A fala de Nise aponta duas questões bastante complexas: uma que envolve o entendimento de que indivíduos diagnosticados com

transtorno de personalidade não deveriam ser considerados inimputáveis e, portanto, não deveriam ser submetidos à medida de segurança e estarem nos HCTPs; a outra, de que não há tratamento específico para tal transtorno, tanto medicamentoso, como psicoterapêutico, conforme considera o Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia de Tratamento Psiquiátrico do MPF:

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 (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2010, P. 35).

Em relação a esses pacientes, o entrevistado Franco aponta:

No SAIPEMS os pacientes com transtorno de personalidade, e transtorno de personalidade e dependência química, e trataríamos em Taubaté; porque é um local fechado, um local que tem a visão muito mais fechada e que a gente iria fazer um projeto para lá, com celas individuais... Por uma série de coisas que poderiam ser uma nova filosofia, poderiam ser abrangidas. Então a gente colocaria, pacientes com transtorno de personalidade, pacientes com transtornos de personalidade e dependência química, e transtornos sexuais (Franco, Médico Psiquiatra).

A fala de Franco menciona que era intenção do SAIMPENS a divisão entre pacientes considerados psicóticos dos pacientes com transtorno de personalidade, com transtorno devido ao uso de álcool e outras drogas e com transtorno de preferência sexual, sendo que esses seriam encaminhados ao HCTP de Taubaté.

Independentemente da implantação do SAIPEMS, Feres *et al* (2002) apontam que o HCTP de Taubaté era o local de encaminhamento

dos pacientes com transtorno de personalidade e preferência sexual, o que pode ser corroborado pelos dados estatísticos, pois dos 29 indivíduos diagnosticados com transtorno da preferência sexual, 23 encontravam-se internados no HCTP de Taubaté, segundo dados do Censo Nacional de 2011.

4.7.4 – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Taubaté: Penitenciária Hospitalar.

O encaminhamento ao HCTP de Taubaté dos pacientes considerados mais problemáticos do ponto de vista do tratamento pode ser explicado, segundo narra Franco, por sua peculiaridade arquitetônica e por ser o HCTP paulista com perfil mais conservador, conforme narra Cia (2008) “considera-se o Hospital localizado em Taubaté destinado aos custodiados mais perigosos, tendo um regime bem mais rigoroso do que os outros hospitais” (Cia, 2008, p. 100).

Nossos entrevistados relatam em relação ao HCTP de Taubaté:

Taubaté não é um hospital de custódia, é um presídio, é um presídio de segurança que não é um RDD (regime disciplinar diferenciado)... mas é um presídio de segurança máxima, eu diria. As salas são fechadas... Então, Taubaté eu acho um horror, o horror dos horrores, dentre todos os horrores Taubaté é o que tem de pior... E sempre foi assim, eu nunca vi Taubaté mudar. Taubaté é um hospital de castigo, quem foge da colônia de desinternação de Franco vai para Taubaté, é uma ‘pena’ ir para Taubaté né? É um castigo. Entende? É um presídio, então, é um outro olhar que você dá para o tipo de comportamento; mas, ao mesmo tempo, como é um presídio, fica aquela coisa dúbia, eles estão presos, mas eles não são presos, eles têm que ser tratados, mas eles têm...Eles têm características de

funcionalização de prisão, mas tem aquela coisa de repente ter uma faca... (Carla, Defensora Pública).

O hospital de Taubaté funciona como castigo; no hospital de Taubaté os pacientes ficam 18 horas trancados; o paciente só vê o médico em caso de emergência, muito raramente ele vê um médico. Então, isso não é um hospital. O funcionamento do hospital de Taubaté continua com o mesmo funcionamento do regime disciplinar antigo que tinha lá; quer dizer, a forma dele atuar continua a mesma [...] há casos de [colocar] um paciente que está dando problema junto com um pedófilo, um paciente com transtorno sexual; então, ele está pondo porque ele sabe que isso vai ocorrer. (Franco, Médico Psiquiatra).

A fala dos entrevistados Carla e Franco, ao descreverem o HCTP de Taubaté, compara-o ao chamado Regime Disciplinar Diferenciado (RDD), introduzido na legislação brasileira pela Lei 10.792/03, visando enfrentar o crescente aumento das facções criminosas no País e estabelecendo um regime de disciplina carcerária especial, com maior grau de isolamento e restrições de contato com o mundo exterior, uma vez que o preso fica em cela individual, da qual só pode sair, no máximo, por 2 horas diárias para banho de sol.

A descrição dos entrevistados Carla e Franco é corroborada pelo Relatório da I Caravana de Direitos Humanos – Uma amostra da realidade manicomial - realizada pela Câmara dos Deputados (2000):

Tanto os presos do anexo, como os pacientes psiquiátricos estão confinados em celas individuais. As celas são espaços minúsculos -verdadeiros cubículos- onde os internos dispõem de um colchão e de um sanitário sem vaso. (também conhecido por "Boi"). Em algumas galerias, o controle da descarga encontra-se no corredor de tal forma que são os agentes e monitores que as acionam. O acesso às celas não é gradeado. Suas portas são compactas em ferro e madeira onde se fez constar uma abertura retangular - do tamanho suficiente para que um prato de comida possa ser oferecido aos internos em suas celas. Esse espaço é fechado ou aberto por fora, com o manuseio de uma tranca. Os internos, assim, não estão apenas isolados. Estão, também, invisíveis. O escândalo da Casa de Custódia encontra-se precisamente no fato de os pacientes psiquiátricos estarem presos e isolados em celas. Com essa estrutura e com a toda a praxe de sujeição que lhe acompanha os pacientes não podem encontrar o tratamento

que precisam. Pelo contrário, a circunstância de isolamento celular só pode trazer complicadores para a saúde mental dos internos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000, sem p.)

Para entendermos a realidade acima descrita e o relato dos entrevistados Carla e Franco, devemos remeter-nos ao histórico do HCTP de Taubaté, que, até 2002, era denominado como “Casa de Custódia”.

A Casa de Custódia e Tratamento de Taubaté, desde sua criação, em 1955, apresentou a convivência mútua entre pessoas submetidas às medidas de segurança aplicadas e presos imputáveis, mas “problemas de indisciplina”.

Durante a vigência do Código Penal de 1940, o funcionamento de um mesmo local como manicômio e presídio para “indisciplinados” não causou maiores preocupações, pois do ponto de vista legal, diante do sistema do duplo binário, era possível que um mesmo indivíduo fosse submetido à pena e concomitantemente à medida de segurança.

Com a reforma legislativa de 1984 e sua entrada em vigor em 1985, essa situação já não encontrava respaldo legal, eis que o sistema de aplicação da medida de segurança era vedado aos imputáveis.

Como imputáveis, agora submetidos somente à pena, e inimputáveis, submetidos às medidas de segurança, não podiam mais conviver no mesmo espaço, a solução foi a edição do Decreto Paulista nº 23.571, que, em 1985, mesmo ano da entrada em vigor das novas alterações legais do Código Penal, criou um anexo à Casa de Custódia de Taubaté para o envio dos imputáveis, que se popularizaria pelo nome de “Piranhão” (Teixeira, 2009), definindo, em seu artigo 2º, que tal anexo era *“presídio de segurança máxima, destinado a receber, em regime fechado, presos condenados do sexo masculino, de alta periculosidade, ou que venham revelando inadaptação ao trabalho reeducativo nos estabelecimentos em que se encontram”*.

Como comumente ocorre, a construção do Anexo e as mudanças nominais dos estabelecimentos prisionais representou somente uma mudança formal, sem qualquer mudança material. A mentalidade carcerária

e punitiva continua embrenhada, seja no Anexo, seja no atual HCTP de Taubaté, local que historicamente sempre foi destinado os “indesejáveis”.

Tanto é assim, que, para reconstruirmos a história do HCTP de Taubaté, nos servimos da literatura acadêmica sobre o surgimento do PCC (Primeiro Comando da Capital) e sobre o RDD (Regime Disciplinar Diferenciado) ⁸⁷.

“O que notabilizou a Casa de Custódia [de Taubaté] sempre foi o tratamento truculento dispensado indistintamente aos inimputáveis, semi-imputáveis, indisciplinados e até aos menores de dezoito anos, também irregularmente lá detidos, através de um regime de intenso isolamento, escassos banho de sol e severos castigos num sistema de cela-forte” (PINHEIRO e BRAUN, 1986, *apud* TEIXEIRA, 2010, p. 183).

O entrevistado Franco ainda aponta a existência de comportamentos típicos da tortura existentes nos presídios brasileiros, ao afirmar a existência de práticas de incitação à violência sexual, como forma de castigo a pacientes considerados “problemáticos”, assim considerados aqueles descumpridores das regras impostas pelos funcionários e Diretoria.

A análise do relato do entrevistado Franco remete à Audiência Pública sobre “Saúde Mental: Execução de Medida de Segurança e aplicação da Lei 10.216/01 ao Sistema Penitenciário Nacional” (2011), quando Tania Maria Dahmer Pereira, Diretora do Hospital Heitor Carrilho do Rio de Janeiro, discordou que tenhamos instituições totais, conforme formulação de Erving Goffman, defendendo que a literatura que a auxiliou a

---

⁸⁷ ADORNO, Sérgio; SALLA, Fernando. Criminalidade organizada nas prisões e os ataques do PCC. *Estud. av.*, São Paulo, v. 21, n. 61, Dec. 2007.

CARVALHO, Salo; FREIRE, Christiane Russomano. O REGIME DISCIPLINAR DIFERENCIADO: notas críticas à reforma do sistema punitivo brasileiro Freire*** *Revista Transdisciplinar de Ciências Penitenciárias*, 4(1):7-26, Jan.-Dez./2005

MONTEIRO, Lamarque ; OLIVEIRA, Samuel Messias. Casa de Custódia de Taubaté : Revoluções, Rebeliões, Berço do PCC. Prefeitura Municipal de Taubaté, 2005.

PINHEIRO, P. S.; BRAUN, E. (Org.). *Democracia x violência: reflexões para a constituinte*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

TEIXEIRA, Alessandra. Dispositivos de exceção e novas racionalidades do sistema punitivo: o surgimento do PCC e o modelo RDD. *Perspectivas*, São Paulo, v. 36, p. 175-208, jul./dez. 2009

melhor entender as prisões e manicômios foram os livros acerca dos campos de concentração⁸⁸.

A tortura nos presídios brasileiros é institucionalizada e motivo de diversas inspeções de órgãos nacionais, como a Câmara dos Deputados que, em 2009, realizou a CPI do Sistema Carcerário, a criação da Comissão Permanente de Combate à Tortura e Violência Institucional da Secretaria de Direitos Humanos do Governo Federal, criada em 2005, após a visita da Comissão de Direitos Humanos da ONU, além de inspeções internacionais realizadas, sobretudo, pela ONU.

No Brasil a tortura coexiste com a ordem constitucional. Abrigada pelos altos muros, pela aprovação implícita da sociedade, pela leniência ou conivência das autoridades, pelo silêncio atemorizado de vítimas e testemunhas e, portanto, pela certeza de impunidade, essa prática, realizada justamente por aqueles que deveriam ser os responsáveis pela aplicação da lei, na verdade, representa o tratamento institucionalizado no sistema penitenciário brasileiro. Mais do que um método investigativo ou de punição que excepcionalmente escape ao controle da lei, a tortura continua a ser uma máquina bastante ativa e funcional. Se no passado era justificada como a medida necessária ao combate dos terroristas, agora, naturalizada, se constitui em um dos recursos mais habituais do instrumental policial e penitenciário. A tortura existente nos presídios de nosso país conta com a certeza de impunidade, uma vez que é realizada justamente por aqueles que deveriam ser os responsáveis pela aplicação da lei e parece ser um tratamento institucionalizado no sistema penitenciário brasileiro (KOLKER, sem data, p. 02).

Kolker (s/d) descreve casos relatados pela ONU sobre a prática de tortura nos presídios brasileiros, entre os quais transcreveremos trechos de um dos casos, por certa similitude do que eventualmente poderia ter ocorrido no HCTP de Taubaté:

Alexandre foi ouvido por Sir Nigel Rodley, Relator Especial da ONU, após ter sofrido violação sexual por parte de um agente penitenciário. Nove dias após a tortura, Alexandre ainda apresentava cortes nos lábios, hematomas nas costas e na cabeça, seu braço estava aparentemente quebrado, não conseguia caminhar e, dobrado em dois, queixava-se de intensas dores. Segundo o seu relato, ele e os demais colegas da cela A-7 tinham sido barbaramente espancados na Casa de Custódia

⁸⁸ Áudio transcrito pela própria pesquisadora

Muniz Sodré, após reclamarem do sumiço de objetos pessoais. Alexandre foi mais castigado, pois reclamou de fotos de sua família que foram rasgadas. De fato, o Relator e os Conselheiros chegaram até ele, horas após visitar esta cela, onde haviam encontrado vários presos que se queixavam de ter sofrido um espancamento coletivo. Na ocasião, quase todos ainda exibiam marcas de pancadas em todo o corpo e manifestavam a preocupação com 5 ou 6 outros presos mais machucados - entre eles o Alexandre - removidos para lugar não sabido. Finalmente, após muita insistência e muitas horas de espera os integrantes da Comissão foram comunicados que Alexandre se encontrava na Casa de Custódia Ferreira Neto, em Niterói, por razões de segurança. Retornou à Casa de Custódia Muniz Sodré, onde foi encaminhado para uma das sete celas usadas para castigo, onde há ratos, devido à existência de um depósito de lixo, falta água, só têm uma porta estreita com grades e o calor é infernal. As condições de Alexandre neste contexto são ainda mais absurdas pois ele tem sofrido o “adicional” das visitas noturnas. Agentes usando toucas “ninjas” provocam, batem, dão tiros, e o que é ainda pior, tendo ele sido vítima de abuso sexual no dia 21/08, é obrigado a ouvir referências ao fato, com piadas, musiquinhas e referências ofensivas à sua masculinidade. Hoje tememos não só pela sua vida, como pela sua sanidade. Ao ser obrigado a enfrentar constantemente seus algozes, ameaçando-o e aos seus familiares, é quase que inevitável o desespero ou mesmo a loucura (KOLKER, s/d, p. 05).⁸⁹

A OMS (2005) também denuncia a recorrente violação aos direitos humanos ocorridas em Instituições Psiquiátricas, onde ocorrem “tortura ou outro tratamento cruel, desumano ou degradante, inclusive a exploração sexual e abuso físico” (OMS, 2005, p. 05).

No artigo intitulado “Dispositivos de exceção e novas racionalidades do sistema punitivo: o surgimento do PCC e o modelo RDD”, Teixeira (2009) conclui:

Em meio à exceção instalada, o “Piranhão” se consolidaria como um dos mais cruéis estabelecimentos carcerários do Estado. Os poucos relatos que se colheram ao longo dos anos dão conta da truculência do tratamento dispensado no local, não apenas pelas restrições impostas (isolamento absoluto por 23 horas, visitas, higiene, etc.) como pela violência expressa por meio de cotidianos espancamentos – muitos deles com barras de ferro – variados expedientes de tortura física e psicológica, e um severo regime de isolamento, rompido por escassas horas de sol semanais. **Some-se a isso, a indeterminação do tempo de internação e a realidade de quase incomunicabilidade com o mundo exterior, em face das dificuldades para o contato com advogados e**

⁸⁹ KOLKER, T. O que se faz em nosso nome: tortura nas prisões do Rio de Janeiro. s/d. Disponível em: <www.redsalud-ddhh.org/pdf/Kolker.PDF>. Acesso em 18 de maio de 2013.

familiares, e se pode ter, então, a real dimensão do cruel tratamento conferido no local, o temor generalizado gerado entre os detentos e a alcunha que lhe atribuíram: “Fábrica de Monstros” (TEIXEIRA, 2009, pg.14, grifos nossos).

O cenário atual do HCTP de Taubaté desafia o universo descrito por Carrara de hospital-prisão, permeado por ambiguidade e contradição, uma vez que a lógica imposta no HCTP de Taubaté é uma prisão-hospital, considerando-se o seu contexto histórico, onde uma prisão transformou-se em um espaço destinado ao HCTP, ao contrário do ocorrido no HCTP de Franco da Rocha, onde um Hospício transformou-se em HCTP, fazendo com que o HCTP de Taubaté e sua função histórica de prisão para os indisciplinados permaneçam, delineando-se o perfil de uma “Penitenciária Hospitalar”.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou mais propriamente os Manicômios Judiciários constituem uma das últimas fronteiras que se mantém em grande parte selvagem e inóspita a uma compreensão mais humana dos fenômenos que nela se encerram (REIS, 2010, p. 12).

4.7.5 – O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha e o Programa de Desinternação Progressiva.

A fala de nossos entrevistados menciona a existência do Programa de Desinternação Progressiva no Estado de São Paulo, programa que, pautado nas diretrizes antimanicomiais, visa ao processo de reinserção social dos pacientes longamente institucionalizados⁹⁰.

Antes de sua implantação oficial, os funcionários da área de saúde do HCTP de Franco da Rocha, no início da década de 80, área

---

⁹⁰ O Estado de São Paulo e do Rio Grande do Sul são os únicos a possuírem programas específicos de Desinternação Progressiva ou Alta Programada.

provavelmente arejada pela entrada de assistentes sociais e psicólogos no Manicômio, tiveram a iniciativa de permitir aos internos visitas experimentais aos seus familiares, o que resultou, de um lado, em resistência por parte dos operadores do direito, diante da falta de provisão legal, mas, por outro lado resultou aos pacientes melhores resultados terapêuticos, conforme Ferrari (2001b):

No período de 1981 a 1984, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha iniciou visitas experimentais, admitindo que os pacientes delinquentes passassem os fins-de-semana junto a seus familiares, resultando em concretos ganhos terapêuticos. Tal ensaio, todavia, foi suspenso judicialmente sob a alegação de ausência de amparo legal. [...]. O apego ao formalismo jurídico, contudo, não venceu a imaginação e a resistência dos bem intencionados, inaugurando-se em 1989, em Franco da Rocha, um pavilhão destinado ao implemento de uma progressividade na execução da medida de segurança de internamento, constituindo-se num modelo transitório entre a situação de hospitalização em regime fechado e o retorno ao meio social mais amplo. Instituiu-se, assim, uma progressividade à medida de internamento, proporcionando aos indivíduos, que aos poucos melhora sem, um momento de liberdade, retomando ao convívio social (FERRARI, 2001b, p. 169-170).

A narrativa do entrevistado Franco remete-nos ao início da implantação oficial do citado programa, bem como delineia seus objetivos:

Tem uma coisa importante, a desinternação progressiva é um projeto feito em 89/90... os pacientes ficavam lá dentro do hospital de custódia de Franco da Rocha, durante anos e anos e anos, e depois, alguns, quando conseguiam sair...Depois de 15/20 anos que você está fechado, você não vai conseguir conviver com as mudanças da sociedade.

Então, a desinternação progressiva era a reinserção social gradativa desses pacientes. Eu acho que ainda tem que ter, até acabar, porque, nós ainda temos muitos pacientes que vão necessitar disso, vão necessitar de serem reinseridos à sociedade, gradativamente, que eles estão muitos anos sem ver... Tem paciente que não sabe o que é um computador... Então, existe uma distância muito grande entre o paciente que está internado, com as pessoas de hoje (Franco, Médico Psiquiatra).

Franco aborda o cenário histórico da passagem dos anos 80 para os anos 90, momento pautado pela redemocratização do país, promulgação de uma nova Constituição, que fortaleceu a Reforma Sanitária e as discussões do movimento antimanicomial e foi, dentro desse contexto, que, em 1989, oficialmente instalou-se uma ala de desinternação progressiva dentro do HCTP André Teixeira Lima em Franco da Rocha.

A proposta da Desinternação Progressiva era o desenvolvimento de atividades laboroterápicas em que o paciente seja incentivado, pela Equipe Multiprofissional responsável pelo seu tratamento, a desempenhar atividades relacionadas ao cumprimento das tarefas e horários, objetivando fornecer ao paciente meios que propiciem maiores e melhores condições de tratamento.

Após a avaliação da Equipe Multiprofissional, também poderá ocorrer a autorização para a realização de atividades educacionais, esportivas, culturais, religiosas, além das terapêuticas que incluem participação nos grupos de Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), consultas médico-odontológicas, inclusive a realização de trabalho externo e outras que forem necessárias ao seu restabelecimento biopsicossocial.

O critério adotado, portanto, na Desinternação Progressiva não era a de um mero tratamento psicofarmacológico, mas psico e sócio terapêutico, uma vez que o método medicamentoso será ineficaz, já que a simples prescrição de medicamentos, apenas, controlará o quadro psicopatológico, sem, contudo, interferir no processo de reintegração sócio familiar.

O programa de Desinternação Progressiva foi ampliado, em 2001, com a criação do HCTP II de Franco da Rocha, cuja inspiração inicial era a de ser um local de destinação exclusiva para a realização da Desinternação Progressiva, embora o decreto legislativo estadual que o criou, não tenha explicitado essa especial destinação.

A criação e ampliação do Projeto de Desinternação Progressiva apresentavam, conforme suas diretrizes iniciais, uma conotação terapêutica, conforme aponta Maria Clementina:

Buscava-se novos meios com a desinternação progressiva, que é o hospital 2, as visitas domiciliares, as atividades externas, o paciente poder sair, poder ir para a cidade, poder fazer compras, poder trabalhar fora. Era feito assim, a gente avaliava o aspecto terapêutico, se seria bom para aquele paciente, vamos supor, ele passar o Natal em casa, o dia das mães, se seria bom para o tratamento dele, se seria importante ou não...Então, sempre teve um peso maior a questão terapêutica. Para você ter uma ideia, nesses anos, várias vezes, ou, anualmente, [...]. chegava a mandar pacientes para a residência na época do Natal, do Ano Novo, diferente do sistema prisional; a gente nunca viu, nunca dirigiu esse tipo de atividade como um benefício, que o advogado pudesse pleitear que a família pudesse pleitear.

Eles estudam dentro da instituição, na instituição eles prestam o supletivo, vão até o ensino médio, Enade, Enem, até Enem já prestaram. Mas assim, você motivar o paciente para estudar lá dentro, é uma coisa; a gente teve experiência, com poucos pacientes, mas a gente teve essa experiência de fazer uma parceria com a educação lá em Franco, e alguns pacientes puderam, enquanto estavam na desinternação progressiva, estudar na escola pública. Participavam da aula. Então, o rendimento era muito maior, a autoestima do paciente, a questão de aceitação (Maria Clementina, Psicóloga).

A fala de Maria Clementina narra que a perspectiva do trabalho do Projeto de Desinternação Progressiva era a ‘questão terapêutica’, avaliando o que ‘seria bom para aquele paciente’, tais como ‘passar o Natal ou o dia das mães em casa, fazer compras, trabalhar fora’, no mesmo sentido considera Ferrari (2001a):

Enquanto no internamento fechado o paciente adquire hábitos condutores ao hospitalismo, ao mimetismo, agravando a patologia, cronificando a doença, originando um estado de dependência contínua do ambiente hospitalar, intensificando o distanciamento do meio sociofamiliar, na desinternação progressiva visa-se à integração gradativa entre o paciente e o meio social, oferecendo-lhe formas terapêuticas alternativas, que variam desde saídas extra-institucionais para o trabalho, visitas familiares, passeios pela região, compras na cidade, até o recebimento de aposentadoria, sempre com o devido

acompanhamento dos funcionários da instituição pública (Ferrari, 2001a, p. 130).

A fala de Maria Clementina aponta ainda, a título exemplificativo, a possibilidade de estudo formal como forma de reinserção social, algo apontado por Cia (2008) que narra a existência de aulas ministradas, principalmente relacionadas com a alfabetização, mas que há o ensino de conteúdos do ensino fundamental ou mesmo do ensino médio, seguindo as necessidades de cada interno.

Entretanto, Maria Clementina relata que as atividades educacionais realizadas no ambiente externo, embora realizado ‘com poucos pacientes’, apresentavam resultados mais efetivos, quando comparados com as atividades realizadas no meio institucional, assinalando que a (re) construção de laços sociais dava um novo significado do próprio paciente sobre si, possibilitando um rendimento maior nos estudos e na sua ‘autoestima’.

O relato de Maria Clementina, nossa entrevistada, menciona que a idealização do projeto de Desinternação Progressiva diferenciava-se do sistema de progressão de pena existente no sistema prisional, pois as atividades terapêuticas nunca foram dirigidas como ‘um benefício, que o advogado pudesse pleitear’, permitindo desvelar que o ideal não era criar um mecanismo analógico ao sistema prisional, onde há regimes progressivos de cumprimento de pena, mas algo pautado na ideia de “desinternação”, como “alta programada”.

Apesar dessa idealização, o HCTP II de Franco da Rocha representa uma etapa intermediária entre a internação e o convívio social, fazendo com que o paciente só possa ser encaminhado ao Programa de Desinternação, após ter passado pela internação “em regime fechado” em outros HCTPs. Assim, não há uma superação radical do modelo segregador pautado na lógica manicomial e ainda cria-se uma analogia entre o sistema

prisional, onde o encaminhamento para o HCTP II de Franco da Rocha representa o sistema semiaberto das medidas de segurança.

Cia (2008) aponta que há uma concepção tanto na instituição que a abriga, quanto no Poder Judiciário, de que a desinternação progressiva é como o regime semiaberto das medidas de segurança (CIA, 2008, p. 102) e ainda, a mesma visão prisional é dispensada pelas autoridades governamentais.

Apesar da existência desde 1989, somente em 2003, ocorreu a regulamentação da desinternação progressiva, por meio do Poder Judiciário, através da Portaria nº 9, de 09 de junho de 2003, da Vara das Execuções Criminais de São Paulo. A referida portaria estatui:

Artigo 1º - Fica instituída, no âmbito dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de São Paulo, a possibilidade de transferência de paciente, quer do sexo masculino quanto do sexo feminino, submetido à medida de segurança para a Colônia de Desinternação Progressiva.

Tal portaria regulamentou a desinternação progressiva familiar, denominando-a de “Colônia de Desinternação Progressiva”, como espécie de licença terapêutica (artigo 5º.) que consiste na autorização judicial, após análise de relatório circunstanciado da equipe médica para que os pacientes possam visitar seus familiares, acompanhados de funcionários do estabelecimento hospitalar por, no máximo, dois finais de semana por mês (art.6º).

Assim, estabeleceu-se um acordo tácito entre o Poder Judiciário e Secretaria da Administração Penitenciária para a execução do programa, mas que diante da falta de regulamentação legal específica e a vinculação somente a uma Portaria do Poder Judiciário, propicia uma “dependência” a ordens judiciais para a realização das atividades terapêuticas, conforme nos narra Maria Clementina:

O trabalho que se desenvolvia, não estava previsto em lei; a gente desenvolvia porque, nessa época, desde que a gente começou, a gente contava com o apoio

da promotoria, dos juízes, da defensoria...Mas, várias vezes "olha, suspende porque não tem amparo legal", "suspende porque isso que está sendo feito não existe..."(Maria Clementina, Psicóloga).

A narrativa de Maria Clementina permite desvelar a instabilidade sobre a qual o Programa de Desinternação Progressiva está pautado, ainda sob uma perspectiva penal, uma vez que o HCTP, como instituição híbrida, não pode realizar tratamento em saúde apenas com o aval da equipe técnica, mas com intervenção judicial.

A fala do entrevistado João permite indicar que ainda existe resistência à Desinternação Progressiva, apesar de sua existência histórica e das diretrizes norteadoras da Reforma Psiquiátrica:

A situação mais difícil dessa... Acho que é imprópria... essa reforma psiquiátrica, esse nome...difícil...usa...não tenho muito conhecimento sobre isso, é um nome um pouco estranho...Essa situação leva a um problema, daquela desinternação progressiva; então, a nossa maior dificuldade é o preso, na verdade, o condenado que está sob a medida de segurança, receber a desinternação progressiva. Que, são institutos diferentes, da execução penal e da lei considerada lei da reforma; então, dá uma situação também de confronto entre a legislação penal e a legislação puramente psiquiátrica (João, Procurador Geral de Justiça).

O entrevistado João, ao falar sobre a Reforma Psiquiátrica, menciona a existência da Desinternação Progressiva, permitindo-nos desvelar, segundo sua narrativa, a vinculação das ideias do movimento antimanicomial à desinternação, na medida em que representa um encaminhamento a aportes sociais extra institucionais, mas João considera que isso representa um 'problema', uma vez que há um confronto entre 'a legislação penal e a legislação puramente psiquiátrica'.

A fala de João aponta ao problema da inexistência de previsão legal na legislação penal sobre a desinternação progressiva e que isso

representaria um entrave, vez que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica seriam “impróprias” às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, o que poderia representar dificuldades ainda existentes para a aceitação da desinternação progressiva, negando-se aos internos do HCTPs um tratamento mais efetivo e mais humano.

Atualmente o Programa de Desinternação Progressiva é realizado no HCTP II de Franco da Rocha, que conta com uma ala de desinternação progressiva masculina com 188 vagas para 207 internos e uma ala de tratamento psiquiátrico comum com 22 vagas para 29 para mulheres e também há, no HCTP I de Franco da Rocha, uma ala de desinternação progressiva feminina com 50 vagas e apenas uma interna, sendo o único local dentro do sistema penitenciário paulista, em que não há superlotação, ao contrário, há apenas uma interna para as 50 vagas disponíveis, segundo informações obtidas no site da Secretaria de Administração Penitenciária de São Paulo, datadas de 09 de maio de 2013.

Diversos fatores poderiam ser aventados na tentativa de entendimento desse quadro de sub-ocupação das vagas de desinternação progressiva e a fala de Maria Clementina aponta:

Agora, isso... assim, o que eu falei, um processo de décadas; e hoje me parece que acabou tudo, hoje não se tem nem no 2. o 2, pelo que o pessoal me coloca, está completamente descaracterizado, descaracterizou totalmente o projeto da desinternação progressiva. Então, é complicado. O grande problema que eu acho que há no Estado, é assim, não se tem uma linha, não se tem um programa a seguir, então fica muito a critério assim, quem é o secretário que está lá hoje, quem é o diretor que está hoje...E por conta disso você acaba, o próprio trabalho acaba não tendo continuidade. Mas isso, é o que eu te falei, é a própria dinâmica do Estado; eu acho que isso a gente vê em todas as áreas, você vê na saúde, você vê na educação, você vê em tudo. Quem entra, quem está, como eu vejo...Não há uma preocupação de “vamos analisar o que estava sendo feito, vamos dar continuidade, vamos mudar certos aspectos...” Não, o que foi feito você exclui e se começa outra vez...É um eterno recomeçar, e na verdade é

um desperdício, que tinha muito experiência boa que poderia ser...Isso no geral, que poderia ser aproveitada, ser dado continuidade, ser aperfeiçoada...Acho assim, é muito mais prático assim, termina o que fez, bota uma pedra em cima e se começa outra vez; e se começa de acordo com a cabeça de quem está no poder. Acho que essa é a grande questão do país, não se aproveita o que fizeram, o que deu resultado, não se tem uma visão de aprimorar, de sanar as falhas e aperfeiçoar, não se tem isso. A sensação que dá é assim, joga-se no lixo (Maria Clementina, Psicóloga).

Essa descaracterização do programa apontada por Maria Clementina pode ser indicativa de diversos fatores, tais como a falta de funcionários da área de saúde, o formalismo jurídico existente para a autorização de ida ao programa, a não aplicação da lei 10.216/01 na seara das medidas de segurança, a predominância da lógica carcerária, em detrimento de um encaminhamento pautado na lógica antimanicomial, conforme já delineado pelas análises anteriores e corroborado pela fala do entrevistado João.

A fala da entrevistada Maria Clementina traz, novamente, o elemento da quebra de continuidade das políticas públicas, em geral atrelada à mudança nos gestores, que no caso específico dos HCTPs, ficam atreladas ao “secretário” ou ao “diretor que está lá hoje”, conforme relata a entrevistada. Conforme já consideramos no item 4.6.3, necessário que as políticas públicas voltadas aos HCTPs sejam caracterizadas como políticas públicas de Estado e políticas públicas de governo, conforme apontam Musse (2008) e Aith (2006).

Os resultados apresentados pelo Programa de Desinternação Progressiva reforçam a necessidade do desenvolvimento de uma política pública de Estado e não de governo, onde o Estado deve estar estruturado com vistas à execução de políticas públicas pautados na promoção e proteção dos direitos humanos e fundamentais sem a quebra de continuidade.

A entrevistada Maria Clementina narra os resultados obtidos pela Desinternação Progressiva:

E assim, uma pesquisa no DVC de quem tinha ido embora...E a gente chegou a uns dados interessantes em termos de reincidência, a reincidência era baixíssima, não chegava a 1%, no determinado período que a gente fez esse levantamento; e isso mostrava para a gente que esse trabalho surtia algum efeito; a gente conseguia, com alguns pacientes, realmente reabilitar o paciente, ele saía bem, arrumava emprego, ou então, aqueles que não tinham condições davam continuidade ao tratamento fora...A gente conseguiu trabalhar assim com algumas famílias, a conscientização da doença, a aceitação, a necessidade de tratamento (Maria Clementina, Psicóloga).

Cia (2008) demonstra, conforme narrado por Maria Clementina, que um percentual considerável foi efetivamente reintegrado à sociedade (50,25%), somente 1,35% de todos os sujeitos já custodiados praticaram fatos descritos como crime durante a execução da desinternação progressiva e 2,02% dos ex-internos foram sentenciados em razão da prática de ilícitos-típicos posteriormente à sua desinternação definitiva.

Com relação aos resultados obtidos pela desinternação progressiva em São Paulo, podemos concluir que ela atinge seu objetivo ressocializador, ao realizar uma abordagem não asilar, sobretudo se considerarmos o quadro já anteriormente delineado de falta de recursos materiais e humanos e a lógica carcerária que impera no sistema de cumprimento das medidas de segurança.

Cia (2008) também aponta que, apesar de suas significativas limitações estruturais, a metodologia da desinternação progressiva paulista em si é responsável por parte de sua eficácia, na medida em que possibilita adequada e efetivamente a integração do custodiado à sociedade, consistindo por isso em um instrumento importantíssimo para a consecução das finalidades da medida de segurança.

A questão da ausência de previsão legal para o desenvolvimento do Programa de Desinternação Progressiva tende a ser superado, com a interpretação jurídica de que a Lei 10.216/01 é aplicada às pessoas que cumprem medida de segurança e implicará no fortalecimento do programa e a superação de sua instabilidade.

Nesse sentido, o STF já se pronunciou sobre a questão, entendendo que a desinternação progressiva encontra-se amparada na lei 10.216/01, conforme transcrevemos:

Ementa: HABEAS CORPUS. MEDIDA DE SEGURANÇA. EXTINÇÃO DA PUNIBILIDADE. PRESCRIÇÃO. NÃO-CORRÊNCIA. DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA. ORDEM PARCIALMENTE CONCEDIDA. 3. No julgamento do HC 97.621, da relatoria do ministro Cezar Peluso, a Segunda Turma do Supremo Tribunal Federal **entendeu cabível a adoção da desinternação progressiva de que trata a Lei 10.261/2001**. Mesmo equacionamento jurídico dado pela Primeira Turma, ao julgar o HC 98.360, da relatoria do ministro Ricardo Lewandowski, e, mais recentemente, o RHC 100.383, da relatoria do ministro Luiz Fux. 4. No caso, o paciente está submetido ao controle penal estatal desde 1984 (data da internação no Instituto Psiquiátrico Forense) e se acha no gozo da alta progressiva desde 1986. Pelo que não se pode desqualificar a ponderação do Juízo mais próximo à realidade da causa. 5. Ordem parcialmente concedida para assegurar ao paciente a desinternação progressiva, determinada pelo Juízo das Execuções Penais. Habeas Corpus 107777 / RS, Relator (a): Min. AYRES BRITTO, Julgamento: 07/02/2012, Órgão Julgador: Segunda Turma, Publicação: 16-04-2012, RT v. 101, n. 922, 2012, p. 726-730 (grifo nosso) ⁹¹.

O acórdão acima transcrito foi proferido pela 2ª. Turma do STF e no mesmo sentido pronunciou-se a 1ª. Turma:

Ementa: Penal. Recurso ordinário em habeas corpus. Medida de segurança. Cumprimento da medida em prazo superior ao da pena máxima cominada ao delito. Prescrição. Inocorrência. Início do cumprimento. Marco interruptivo. Periculosidade do agente. Continuidade. Prazo máximo da medida. 30 (trinta) anos. Precedentes do STF. **Desinternação progressiva. Art. 5º da lei 10.216/2001. Aplicabilidade. Alta progressiva da medida de segurança. Prazo de 6 (seis) meses.** Recurso provido em parte. Recurso Ordinário em Habeas Corpus 100.383/RS, Relator (a): Min. Luiz Fux, Órgão Julgador: Primeira Turma, Publicação 04-11-2011(grifo nosso) ⁹².

No acórdão acima citado, o STF determinou o cumprimento da alta progressiva nos termos do artigo 5º, da Lei 10.216/01, que estabelece:

⁹¹ <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=4052089>

⁹² <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2696001>

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

A política específica de alta planejada e reabilitação social assistida buscam enfrentar o modelo inercial de cumprimento das medidas de segurança, que, durante décadas, esteve pautado na manutenção da internação dos pacientes acabando por gerar um quadro de longas institucionalizações, cada vez mais difíceis de serem revertidas e que para ser mantido contou com a necessária ação, ou omissão, de juízes, promotores, defensores, advogados, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras (AMARANTE, 2007).

Planejar a alta, através da desinternação progressiva, é tarefa árdua, pois envolve a desconstrução do estabelecido, do conhecido, que é o modelo asilar para um modelo psicossocial, em que não existe uma “fórmula” uniformizadora, uma vez que cada paciente apresenta uma situação particular, uma história de vida, enfim possui particularidades que precisam ser levadas em consideração na construção do seu projeto de reinserção social e envolve, ainda, a aceitação de que a legislação penal não é mais vigente para o cumprimento das medidas de segurança.

4.7.6 – Sobre a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica: os “Manicômios Mentais”.

A fala de nossos entrevistados remete-nos à quarta dimensão da Reforma Psiquiátrica, a sociocultural, definida por Amarante (1999, 2005 *apud* YASUI, 2010) “como o conjunto de práticas sociais que visam a transformar o imaginário social relacionado à loucura, doença mental e normalidade”, como um dos maiores desafios à implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica nos HCTPs:

É a questão cultural, como dizem na fala antimanicomial, o pior manicômio são os manicômios mentais...que existe, é aquele que está na cabeça das pessoas, é o mais difícil de ser extinto. Há uma sociedade que não sabe conviver com a diferença. E se não sabe o que fazer, vamos jogar debaixo do tapete. Vamos deixar trancafiados, longe de onde nossos olhos possam enxergar. Eu finjo que eles não existem (Silvio, Psicólogo).

Então, digamos, nesse campo, política mesmo, é preciso que a sociedade assimile essas novas orientações, esses novos princípios humanizadores, da internação psiquiátrica, que é utilizada apenas como última alternativa, quando as demais não forem suficientes... Por quê?

Com a sociedade sensibilizada para a dimensão desse assunto, certamente nós teremos um ambiente melhor em São Paulo, para discutir com serenidade, sem sensacionalismo, os problemas afetos a essa área... Que são muito complexos, mas que passam necessariamente por esse processo político, de toda a sociedade perceber a pessoa do louco como uma pessoa que deve ser inserida no seu meio.

Os obstáculos são comuns, acredito eu, em qualquer lugar do país; porque há uma cultura estabelecida, uma cultura já arraigada, de que lugar de louco é no hospício e que lugar de louco infrator é no manicômio judiciário (Wellington, Promotor de Justiça).

A fala do entrevistado Silvio emprega a expressão “manicômio mental” remetendo-nos ao texto de Pelbart (1990), onde o autor coloca que devemos nos pautar em novas formas de lidar com a loucura e o lugar social ocupado por essa, independente da existência ou não de manicômios:

Também não basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente 'esticado' através de uma revolucionária plástica sócio-política, se encarregaria de abolir. Nada disto basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão. (PELBART, 1990, p. 134).

Pelbart (1990), em sua obra, fundamenta seu pensamento a partir das concepções de Foucault (2010a) e sua construção da história da loucura e de sua produção como doença mental, a partir dos primórdios da Psiquiatria no século XIX.

Foucault em sua “História da Loucura” (2010a) demonstra a trajetória percorrida para a atual percepção da loucura, colocando que antes do século XVII, a loucura possuía outra percepção social, não sendo caracterizada como erro ou inferioridade, assim o louco podia circular livremente, causando, muitas vezes, fascínio.

No início do século XVII, a loucura passou por um processo de exclusão social, com a necessidade de ordenação do espaço público, assim, prostitutas, mendigos, doentes venéreos e outros “marginalizados” passaram a ocupar os hospitais, como forma de impor a ordem pública nas nascentes cidades insalubres e com excesso de população.

É com a nascente psiquiatria do século XIX e seu saber médico - científico, que a loucura passa a ter um local específico para a sua “cura”: o asilo para os alienados, que, através de seu isolamento terapêutico aliado ao tratamento moral, revelaria a “verdade” sobre a “doença mental”.

A loucura, do devir de sua realidade histórica, torna possível, em um dado momento, um conhecimento da alienação num estilo de positividade que a delimita como doença mental,

mas não é este conhecimento que forma a verdade desta história, animando-a secretamente desde sua origem (FOUCAULT, 2010a, p.119).

A partir de Foucault (2010a), a doença mental passa a ser vista não como verdade científica descoberta, mas como historicamente produzida, através de um processo de desqualificação da loucura e de sua potencialidade de dizer a verdade, vez que a disciplina psiquiátrica detém o saber sobre a doença mental manifesta na loucura, exercendo-lhe seu domínio científico e levando a novas práticas sociais, voltadas à cura da enfermidade mental.

O “Poder Psiquiátrico” estabelecido também é analisado por Foucault (2010a) como “Poder Disciplinar” diante do contexto capitalista dos séculos XVIII e XIX, quando se faz necessária a constituição de dispositivos de controle daqueles considerados improdutivos e “indóceis”, sendo a loucura algo a ser disciplinado, perseguido e extirpado já que representa um mal, um defeito, que contamina o corpo social.

Pelbart (1990) afirma que “a análise de Foucault é categórica. Por baixo disso tudo, diz ele, o que está mudando fundamentalmente é a relação que nossa cultura mantém com aquilo que ela exclui” (PELBART, 1990, p. 32).

Na esteira do pensamento de Foucault, Pelbart busca distinguir *desrazão* e loucura, relacionando a *desrazão* com Platão, representante do pensamento grego, definindo-a como espaço de liberdade, e a *loucura* com Hegel, expoente da filosofia da Europa *alienista*, definindo-a como uma *forma de enclausuramento: a clausura do Fora, do Exterior*.

O pensamento do Fora, então, seria aquela experiência que se dá sob o signo do Acaso da Ruína, da Força ou do Desconhecido, e que sob esse aspecto se situa numa vizinhança assustadora com a experiência que nós fazemos da loucura. Não obstante, essas figuras da *desrazão* contemporânea citadas acima, embora vizinhas da loucura, não são a loucura. Muito pelo contrário.

(...)

O Pensamento do Fora é aquele que se expõe às forças do Fora, mas que mantém com ele uma relação de vaivém,

de troca, de trânsito, de aventura. É o pensamento que não burocratiza o Acaso com cálculos de probabilidade, que faz da Ruína uma linha de fuga micropolítica, que transforma a Força em intensidade e que não recorta o Desconhecido com o bisturi da racionalidade explicativa (...). Na loucura, o sujeito ficaria exposto sem proteção alguma à violência desse Fora, e sem condições de estabelecer com ele um vaivém ou uma relação (...) no momento em que a abertura desse Fora é a mais absoluta das entregas, como na loucura, numa estranha reversão o Fora desaba nem Dentro total, e dá-se o que chamei, no rastro de Blanchot, de Clausura do Fora.

A partir de Foucault (2010a) abrem-se outras possibilidades de compreensão sobre o que é a loucura e, na construção do processo de Reforma Psiquiátrica, as concepções de Foucault são inspiradoras para a construção de um novo lugar social para o louco e o diferente, que busca desnaturalizar as concepções sobre a loucura como doença mental, sob o poder do médico, buscando libertá-la de sua “clausura”.

Portanto, a menção de Silvio aos “manicômios mentais” pontua a discussão sobre a construção de outro lugar social para a loucura em nossa cultura (BIRMAN, 1992), ainda hoje confinada a um discurso pautado no preconceito de que “lugar de louco infrator é no Manicômio Judiciário”, conforme aponta o entrevistado Wellington, representando a ideia de que o louco infrator não tem qualquer possibilidade de socialização e exercício da cidadania.

A forma com que as pessoas com transtorno mental que cometeram delitos foram e ainda são tratadas, expressa o lugar de objetificação a elas determinado e à sua dupla estigmatização, conforme assinalam nossos entrevistados:

Imagine, o preso já tem preconceito, imagine o louco criminoso! Então, o estigma é muito maior. Então, nem se fala sobre isso. Até os jornais, a mídia, fala do preso; agora, do louco criminoso, jamais, porque aí, é o lixo do lixo, ninguém está se importando com eles (Franco, Médico Psiquiatra).

Sim, eu acho que a gente precisa passar por um processo de personalização ou pessoalização desse

usuário; isso eu acho assim, uma mudança muito importante, muito positiva; que essas pessoas, cidadãos, realmente passem a ser vistos como pessoas e não como objetos de atuação estatal; mas como pessoas, no sentido de que são assim mesmo, tem toda a dignidade e que principalmente são, tem que ter os seus relacionamentos reconstruídos, e não destruídos, mas reconstruídos (Joel, Procurador da República).

O entrevistado Franco aponta, em sua fala, que em relação ao “louco infrator” o estigma é muito maior, sendo visto como “lixo do lixo” o que permite desvelar o duplo estigma a que esse indivíduo é submetido, não mais marcado por sinais corporais como ocorria desde a Grécia Antiga, mas que continuam a ser rejeitado, cabendo-lhe estar por trás de muros altos, onde a sociedade “não possa enxergá-lo”, conforme relatou o entrevistado Silvio, uma pessoa que deve ser evitada, especialmente em lugares públicos (GOFFMAN, 2008).

A pessoa com transtorno mental é vista como louca e como criminosa, alguém duplamente perigosa e, portanto, vista como alguém a ser evitada e excluída por meio dos dois “rótulos” sociais que lhe são impingidos, construindo-se sua imagem duplamente depreciativa e desacreditada, conforme elucida Goffman (2008):

(...) fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construimos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original (GOFFMAN, 2008, p.15).

O entrevistado Joel afirma que a alternativa para a superação do quadro delineado pelos entrevistados Silvio, Wellington e Franco perpassa pela questão do reconhecimento da cidadania da pessoa com transtorno mental que cometeu delito, passando a ser vista não mais como objeto de intervenção estatal, mas como ser humano, como pessoa com necessidades

singulares e detentora de direitos, como qualquer cidadão, permitindo-lhe ser visto como diferente e não como desigual.

Nesse sentido, é preciso reconhecer os direitos constitucionalmente previstos, como o direito à igualdade, o direito à liberdade, mas também o direito à diferença e do respeito à diversidade, conforme exposto por Santos (2003): Há “a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades” (SANTOS, 2003, p. 458) e para isso é forçoso reconhecer o “louco infrator” como sujeito singular de direitos, conforme assinalam Torre e Amarante (2001):

O trabalho de desinstitucionalização leva, necessariamente, à produção de um novo tipo de subjetividade, que permita a manifestação do devir-louco sem interditar sua expressão, sem regulá-lo no jogo das sanções institucionais e legais ou objetificá-lo, fazendo com que se desistorize e deixe de ser um sujeito. É a produção de um novo lugar para a subjetividade louca, o estabelecimento de uma nova relação com ela, e a criação de fissuras na serialização psiquiátrica. Para isso é preciso a tomada de um sentido para a própria existência e da produção de sua própria singularidade (TORRE E AMARANTE, 2001, p. 82).

A luta pelo reconhecimento e a efetivação dos direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, a luta contra a segregação e estigmatização para garantir sua dignidade e superação de sua invisibilidade como pessoa e como cidadão é algo que deve ser permanentemente buscado, uma vez que o “discurso de direitos não resolve por sua vez a existência de uma sociedade dividida em praticamente dois mundos, convivendo os integrados com uma grande parte que tem condições precárias de habitação, saneamento, acesso à escola, etc.” (ADORNO, VASCONCELLOS e ALVARENGA, 2011, p. 93).

Entretanto, conforme defende Yasui (2010):

Nossa utopia, nossa esperança aposta nesse infinito campo aberto de possibilidades que é o existir. Mudar o mundo é nosso devir. E a esperança, nosso princípio ético. Desconstruir/desfazer os dispositivos sociais que produzem os

diferentes manicômios e inventar/construir/fazer, ao mesmo tempo, novos dispositivos sociais, que trazem não apenas os loucos como protagonistas centrais de sua história, mas toda essa gente excluída, os humildes, os humilhados, aqueles que não contam. Fazer acontecer pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente. A Reforma Psiquiátrica é assim, feita de rupturas e encontros (YASUI, 2010, p. 180).

4.8 – A INTERSETORIALIDADE COMO ALTERNATIVA VIÁVEL NO CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA.

A fala de nossos entrevistados aborda a intersectorialidade como questão necessária e fundamental e como forma de solução aos desencaixes existentes no cumprimento das medidas de segurança:

A intersectorialidade, ela em geral se dá como algo desejado, ou seja, seria desejável que o serviço de saúde não trabalhe só com outro serviço de saúde, não trabalhe só levando em conta questões de saúde. Só que, no caso do sistema penitenciário, ela não é só desejável, ela é muito falha; sem intersectorialidade a gente não atende as pessoas em cumprimento de medidas de segurança, a gente não atende pessoas que estão no sistema prisional; ela é condição para o atendimento, ela não é uma utopia, é algo a ser alcançada, essa é a diferença. A intersectorialidade em geral é compreendida como uma articulação entre setores dentro do poder executivo; mas existe uma outra dimensão da intersectorialidade, e que a dimensão na qual deve-se trabalhar dentro do atendimento a pessoas em cumprimento de medidas de segurança, que é a intersectorialidade entre o poder executivo e o poder judiciário. Percebe? Quer dizer, uma coisa é como que a administração penitenciária trabalha junto com a secretaria de saúde, outra coisa é como é que esses órgãos do poder executivo podem trabalhar com órgãos do poder judiciário; então são duas facetas diferentes da intersectorialidade, e

que são um grande desafio quando a gente fala do cumprimento de medidas de segurança, do atendimento a pessoas em cumprimento de medidas de segurança. Eu pelo menos considero que é essa entre executivo e judiciário que muitas vezes acaba sendo mais difícil. E a intersectorialidade, ou seja, a gente precisa construir um diálogo entre setores, e para a gente construir esse diálogo a gente não precisa ficar só nos dois setores, a gente pode chamar para a conversa também, a assistência social, pode chamar para a conversa também os direitos humanos, para fortalecer essa negociação entre saúde e justiça, para garantir o direito à saúde, das pessoas em cumprimento de medidas de segurança (Michel, Psicólogo).

É muito problema de comunicação também; eu acho que uma das coisas que atravanca muito no nosso país, e você como estudiosa, não poderia deixar de dizer isso, como minha experiência... Que atravanca muito o caminho mais rápido a trilhar na área dos direitos humanos, eu digo assim, na área de direitos humanos, porque é isso mesmo... É justamente a falta de comunicação entre os órgãos; então, ou uma comunicação muito falha, se tem uma comunicação, ela é falha. Então, a gente tem, infelizmente a gente tem isso, e precisa mudar os paradigmas, se não a gente vai demorar muito em nosso país a avançar; se ele fica sem os órgãos conversarem (Nise, Sub Procuradora Geral da República).

Os entrevistados Michel e Nise apontam a questão do diálogo intersectorial como primordial para o avanço na temática do cumprimento das medidas de segurança, na perspectiva dos Direitos Humanos, sendo que Michel frisa, como desafio mais complexo, o diálogo entre o Poder Executivo e o Poder Judiciário.

Ao comentar sobre o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, Silva (2010a) defende que há a necessidade de composição entre Saúde e Justiça, representados em nível Federal, pelos seus respectivos Ministérios, e que, nesse contexto, a intersectorialidade:

trata-se de uma necessidade, não é nada decorativo ou para ficar bonito na foto. Assim, esse Plano parte do pressuposto de que a saúde não se basta, ela não é autossuficiente, como nós não nos

bastamos, não somos autossuficientes, precisamos dos outros e precisamos construir coisas com os outros (BATISTA E SILVA, 2010a, p.99).

A intersectorialidade, segundo Campos (2000), envolve espaços comunicativos capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento final do problema principal e para a acumulação de forças, na construção de sujeitos, na descoberta da possibilidade de agir.

Tratando-se da definição de políticas públicas pautadas na Intersectorialidade, como um modelo de gestão, necessário se faz que os objetivos e estratégias sejam definidos de forma clara e com participação de todos os setores envolvidos, com o entendimento que não se trata de mera soma de saberes caracterizada por afrontas entre eles, mas da criação de uma interdependência entre esses, buscando, no esforço coletivo, alcançar as metas almejadas (INOJOSA, 2001).

A potencialidade de uma ação intersectorial está na efetividade de ações coordenadas e na sinergia entre diferentes setores, ou seja, em uma gestão cooperativa e não competitiva, visando superar os obstáculos das clausuras setoriais, para que haja um diálogo promissor entre os setores para o alcance do objetivo maior, que em nosso caso, é a busca da efetividade dos direitos humanos ao cidadão com transtorno mental em conflito com a lei (INOJOSA, 2001).

Conforme pontua a entrevistada Nise, não há trabalho intersectorial sem diálogo, troca e interação, o que pressupõe canais de comunicação entre os setores envolvidos, que podem ser representados por diferentes espaços, como fóruns e conferências, mas que, no caso das políticas públicas, envolvem um órgão de coordenação intersectorial, órgão de interação e mediação dos possíveis conflitos que surjam na discussão e decisão das ações intersectoriais. Cada setor representado no órgão setorial deve ter um representante para negociar, discutir e acompanhar as ações setoriais na estrutura do órgão intersectorial e um coordenador para orientar as ações entre os diferentes setores envolvidos.

Nossos entrevistados de São Paulo narram a não existência de intersectorialidade entre membros representantes do setor da Justiça e membros do Poder Executivo, encarregados de zelar pelo cumprimento das medidas de segurança:

Isso também eu acho que é um entrave, você não trabalha em conjunto com o judiciário, com o juiz, com o promotor, com defensoria. Então acho que teria que ter um trabalho conjunto, que eu acho meio difícil isso. Não existe esse espaço de diálogo entre justiça e saúde, o que existe é assim, tem visita da promotoria mensalmente nos hospitais, tem visita do juiz mensalmente...Mas não é isso, não adianta ir lá um representante do MP, o juiz responsável passar por lá, ver como que está...Eu acho que teria que ter uma discussão muito mais ampla, uma participação mais efetiva, a decisão do que vai ser feito com aquela pessoa, ou com aquele paciente...Deveria ser uma coisa conjunta, que não é (Maria Clementina, Psicóloga).

Na verdade nós não temos, a gente não acompanha as ações de saúde, a gente faz uma visita mensal onde a gente vê as condições do estabelecimento, quantidade de funcionários, se está superlotado ou não, se eles estão recebendo um bom tratamento de uma forma geral...Mas, especificamente esse acompanhamento na área de saúde, nós não fazemos isso, nós não temos nem condições de fazer; nós analisamos o estabelecimento de uma forma geral, condições de limpeza, se não há maus tratos...A gente percorre ali o local onde estão os presos, para verificar as condições gerais deles de tratamento, mas de tratamento de saúde especificamente nós não acompanhamos, o tipo de tratamento; seria mais da área médica isso (Mauricio, Promotor de Justiça).

A narrativa da entrevistada Maria Clementina menciona a ausência de um espaço de diálogo entre os diversos setores envolvidos por zelar do cumprimento das medidas de segurança, narrando que existe o cumprimento de protocolos legais, com visitas realizadas nos HCTPs, mas que, em nenhum momento, há a interação sobre o indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei, tornando-o invisível.

O relato do entrevistado Mauricio narra a dinâmica de seu trabalho como Promotor de Justiça, onde realiza o protocolo legal de fiscalização dos HCTPs, mas que considera o tratamento de saúde como exclusividade da área médica, não visualizando a necessária interdependência que deveria existir entre membros da Justiça com a área da Saúde, quando se trata de um indivíduo que cumpre medida de segurança.

As falas de Maria Clementina e Mauricio permitem-nos descortinar o “desencaixe” existente no Estado de São Paulo, no âmbito da execução das medidas de segurança, caracterizado pela “clausura” setorial, cujo “diálogo” existente ocorre através da expedição de ofícios e pareceres emitidos para o cumprimento do protocolo jurídico e que acabam, apenas, representando documentos jurídicos anexados ao processo, onde se discute o destino a ser dado ao indivíduo que se encontra internado no HCTP.

As experiências exitosas, em nosso País, representadas pelo PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, no Estado de Goiás e o PAI-PJ, Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, em Minas Gerais estão pautadas em ações intersetoriais, visando à atenção integral às pessoas que cumprem medida de segurança.

Tais programas, além de contarem com a solução da “porta de entrada”, com a internação sendo determinada somente em casos em que os recursos extrahospitais se mostrarem insuficientes, conforme determina a Lei 10.216/01, representam “dispositivos conectores” entre os setores da Justiça e Saúde (BARROS-BRISSET, 2010), que assim o define:

(...) era preciso inventar um dispositivo conector entre a justiça e a saúde, capaz de integrar, na condução de cada caso, as lógicas heterogêneas, discursivas e práticas, atuantes na interface do tratamento do louco infrator. Esse dispositivo conector teria por compromisso a mediação entre o tratamento em saúde mental e o processo jurídico, zelando para que a solução interinstitucional estivesse de acordo com a singularidade clínica, jurídica e social de cada caso. A orientação dessa mediação seguia pistas que o paciente judiciário entregava nos espaços institucionais que passara a frequentar, na justiça ou na rede de saúde (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 118).

O PAI-PJ, em dezembro de 2001, tornou-se Programa Oficial do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, que firmou parceria com a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Belo Horizonte, o Centro Universitário Newton Paiva e outros recursos institucionais disponíveis na capital mineira, implementando institucionalmente a Reforma Psiquiátrica no campo jurídico, seguindo a orientação da Lei 10.216/01.

Baseado na metodologia de atenção integral, o PAI-PJ, como dispositivo conector, secretaria a rede intersetorial, através das rodas de conversa, recolhendo, com essa ferramenta, os indicadores para movimentar o acompanhamento de cada caso que envolva pessoa em medida de segurança, agregando em torno do acompanhamento do paciente judiciário as ações da autoridade judicial, do Ministério Público e da Rede de Saúde Mental e Social de cada caso (BARROS-BRISSET, 2010b).

O PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – do Estado de Goiás foi instituído oficialmente em dezembro de 2006 e sob a governabilidade da Secretaria de Saúde, supervisiona o tratamento conferido ao paciente nas clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, ao mesmo tempo, faz a mediação entre o paciente e o juiz, em canal direto de comunicação que favorece, simplifica e desburocratiza o acesso permanente à Justiça (MINISTÉRIO PÚBLICO DE GOIÁS, 2009).

No Convênio de implementação do PAILI criou-se a Comissão Estadual de Acompanhamento das Medidas de Segurança (CEAMS), colegiado composto por todos os técnicos do Programa e por representantes das Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Cidadania do Ministério Público do Estado de Goiás, da Junta Médica do Tribunal de Justiça e das clínicas psiquiátricas participantes do Programa, que se reúne mensalmente para avaliação e planejamento de ações, devendo encaminhar relatórios periódicos ao Ministério Público e ao juízo da execução penal pertinentes, bem como relatório anual à Corregedoria Geral

da Justiça e à Procuradoria-Geral de Justiça (Ministério Público de Goiás, 2009).

O PAI-PJ e o PAILI são pautados, portanto, em ações intersetoriais pautadas na atenção integral, onde a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei igualmente passa a ter espaço para que sua voz seja ouvida, não sendo tratada como um objeto manipulado dentro de um processo criminal, mas como um ser singular que necessita de um atendimento único, a depender de seu caso.

Tais Programas buscam viabilizar a acessibilidade aos direitos fundamentais e sociais previstos na Constituição da República, almejando ampliar as respostas e a produção do laço social das pessoas que cumprem medida de segurança, criando, inclusive, espaços em que essas pessoas possam “responder” pelo seu crime, ao seu modo.

Sobre essa experiência singular, assim relata Barros-Brisset (2010a):

Responder pelo seu crime diante do Juiz; demonstrar para sua cidade e sua família que tinha respondido “direito” pelo crime que cometeu, de acordo com a lei; estas eram respostas que começavam a se apresentar com certa regularidade nas falas e nos comportamentos daquelas pessoas. Parecia, enfim, cada um do seu modo, que estavam verdadeiramente envolvidos num trabalho muito particular de construir algum sentido para o sem sentido de seu ato, ensejando encontrar um apoio para o que emergiu estranho de si mesmo, inscrevendo essa esquisitice no mundo, e isso significava consentir com a medida penal que se inscreve no social, inscrita no código penal, dirigida a todos que cometem crimes. Parecia ser muito importante no tratamento de cada um arrumar um modo de alojar, na sua relação com os outros, uma resposta em relação ao ato que praticaram, uma resposta reconhecida como socialmente válida, principalmente. (...) Pareceu-nos, logo de início, que inscrever na ordem do mundo a resposta fora da lei, ao responder pelo seu ato esquisito, podia ser um caminho para encontrar um jeito de ser recebido nessa ordem social de um jeito razoável. Encontrar-se com o dispositivo jurídico, submeter-se aos seus procedimentos, foi se revelando como um dos recursos humanizantes essenciais para restaurar o laço social que se rompeu com o crime (BARROS-BRISSET, 2010a., p.120).

Em relação ao Programa existente em Minas Gerais, importante considerarmos, conforme exposto na citação acima, que há o chamamento da pessoa com transtorno mental que cometeu delito para que a mesma “responda” pelo ato praticado diante do juiz, da família e da comunidade, o que traz o debate sobre a responsabilidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Ao abordarmos tal questão, conforme o encaminhamento realizado pelo PAI-PJ, temos uma responsabilidade psíquica do indivíduo, sendo dada a ele a possibilidade de participar da execução de sua medida de segurança, através de dispositivos de escuta, na realização da mediação entre a clínica, o ato jurídico e o social.

Entretanto, devemos pontuar que a responsabilização psíquica tem sido uma via para a defesa da responsabilização jurídica, conforme tem ocorrido, igualmente, no debate dos adolescentes em conflito com a lei, conforme assinala Vicentin (2006): “Afinal, veremos que a tematização da responsabilidade psíquica ou psicossocial tem sido uma via para modificar a responsabilidade penal/jurídica, tal como com a maioria penal” (VICENTIN, 2006, p. 05).

Em relação à responsabilidade jurídica/penal, entendemos que representaria um retrocesso em relação à atual dogmática penal, uma vez que ela considera como um dos elementos para a responsabilização penal, o livre arbítrio, sendo que se a pessoa com transtorno mental não podia compreender o caráter criminoso de sua ação ou não eram capazes de se autodeterminarem de acordo com esse entendimento no momento do cometimento do delito, não há que se falar em culpabilidade ou em responsabilização penal.

Nesse ponto, concordamos com o posicionamento esposado por Dallari (2007), ao contrapor-se ao texto de Correia *et al* (2007):

Equivocadamente amparadas no exemplo mineiro, que passou a oferecer a assistência médica e social adequada aos portadores de transtorno mental autores de delitos a quem foi cominada uma "medida de segurança" e, sobretudo, nos princípios do Movimento

pela Reforma Psiquiátrica, plenamente assumidos pela legislação sanitária brasileira, elas propõem a "responsabilização penal" dessas pessoas. Elas propõem, portanto, não só uma reforma substancial da legislação nacional, mas também, **uma inversão da tendência humanista que orientou a formação dos grandes documentos jurídicos da sociedade internacional, que propugnam pelo absoluto respeito ao livre-arbítrio dos homens** (DALLARI, 2007, p. 02, grifo nosso).

Vicentin (2006), ao analisar a questão da responsabilidade dos adolescentes em conflito com a lei, igualmente considerados inimputáveis perante a legislação pátria, considera que, além da responsabilidade penal ou da imputabilidade, deve-se incluir também na pauta de discussões a responsabilidade social, consideradas essas as relacionadas às políticas públicas, famílias, comunidade e também dos sistemas de justiça, que deveriam trabalhar com uma “concepção menos excludente e mais solidária”.

Nos Programas PAILI e PAI-PJ há equipes multiprofissionais formadas por advogados, assistentes sociais, psicólogos, acompanhantes terapêuticos e auxiliares administrativos, que buscam, além de realizar o atendimento em saúde no ambiente do SUS e mediar as questões legais com a Justiça, também acompanham o paciente na realização de interesses importantes, como para a obtenção de documentos pessoais, benefícios previdenciários e assistenciais, junto aos diversos órgãos da Administração Pública.

Nossos entrevistados apontam a necessidade do envolvimento ou fortalecimento de outros setores:

Então, acho que uma cobrança seria para as universidades, no âmbito de saúde, no âmbito de assistência social, no âmbito da terapia ocupacional, no âmbito da medicina mesmo (...). E depois, o seguinte, elas saindo, dos hospitais de custódia, e isso é uma realidade já, por exemplo, em Goiás. Eles agora precisam de trabalho, para viver, para voltar a sua vida normal. Então, mas para dar um trabalho, para haver uma confiança, como é que desenvolve isso? É preciso que haja também a sensibilização, é preciso que seja conversado também com os órgãos, sei lá, Senac, Senai, que prepare, que capacite as pessoas, que

normalmente são pessoas que tem ensino fundamental, são semianalfabetos, ensino fundamental e médio...Eu não vi nenhuma que tivesse ensino superior; tinha um...Mas normalmente são pessoas de baixa instrução (Nise, Sub Procuradora Geral da República).

Bom, acho que assim, fora a saúde e a justiça. Eu não sei quem é que lida com essa parte de benefícios, porque até nisso os nossos pacientes são excluídos; até na questão de benefício, o De volta para casa. Alguns benefícios que são dados para os pacientes comuns os nossos não tem direito. Questão de trabalho, teria que estar se discutindo também, a inserção no ambiente de trabalho, a educação (Maria Clementina, Psicóloga).

Acredito que a participação das Universidades seja fundamental (Silvio, Psicólogo).

Silvio e Nise, nossos entrevistados, consideram fundamental a participação das Universidades, como forma de acesso a novas pesquisas em área complexa como a saúde mental, principalmente diante do quadro apontado anteriormente dos transtornos de personalidade, da preferência sexual e do uso de álcool e outras drogas.

As entrevistadas Maria Clementina e Nise relatam ainda a necessidade do envolvimento dos setores da educação e do trabalho, uma vez que, para uma efetiva reinserção social, o acesso ao ensino formal e a novas possibilidades de trabalho são fundamentais para a autonomia da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Nos HCTPs paulistas temos uma população jovem, sendo que a maioria das pessoas internadas está na faixa etária entre 30 a 34 anos, perfazendo 22,34% (229 indivíduos), seguido dos indivíduos na faixa entre 25 a 29 anos com 17,36% (178 indivíduos), segundo o Censo Nacional realizado em 2011.

Ainda segundo o Censo, em relação à escolaridade, temos 17% (175) de pessoas não alfabetizadas, 47,6% (486) com o ensino fundamental incompleto, 20% (208) com ensino fundamental completo, 6% (61) com ensino médio e apenas 0,4% (4) com ensino superior. Há uma concentração

de pessoas internadas em profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional.

Em relação ao estado civil, a maioria das pessoas é solteira, 820 pessoas, ou seja, 80%.

Tais dados permitem questionarmos a possibilidade de acesso ao ensino formal, bem como a dificuldade do estabelecimento de vínculos sociais existentes antes da internação, o que só será agravado pela institucionalização desses sujeitos nos HCTPs, uma vez que sua permanência em tais locais cada vez mais empobrecerá suas relações sociais e, portanto, das possibilidades de estudo, trabalho e afeto em que se inserem as diversas dimensões históricas de um ser humano.

Portanto, o quadro delineado corrobora a fala das entrevistadas Nise e Maria Clementina sobre a necessidade de que haja uma integração dos setores da educação e do trabalho para o melhor encaminhamento de reinserção social dos egressos dos HCTPs, partindo da concepção que Reforma Psiquiátrica traz para a sociedade, para a família e para o Estado a responsabilidade de repensar e (re) criar meios efetivos de atenção, não mais pautados na segregação, mas pautados em uma perspectiva de sociabilidade das pessoas com transtorno mental que demandam uma atenção específica e diferenciada.

Diante do pequeno panorama delineado, pensar em políticas individualizadas de encaminhamento, representa pensar em uma população jovem, solteira, com nível de escolaridade baixo e com necessidades específicas de tratamento clínico/terapêutico e que, muitas vezes, pode-se não contar com o apoio familiar, sendo necessária a intervenção estatal, por meio de instrumentos de viabilizem a (re) inserção social em suas diversas dimensões, seja educacional, seja de trabalho solidário, seja de serviços substitutivos.

Em sociedades em que a integração “social” vem se realizando através do mercado, do acesso ao consumo, o que não é acompanhado pelas políticas públicas e de certa forma pelas políticas urbanas de infraestrutura, acabam por expor a população

como um todo a riscos ambientais e a “desencaixes” do sistema, como é o caso dos acidentes de trânsito (...)

Ilustra bem essa questão o caso da população de rua (considerada “excluída”), que está exposta cotidianamente aos acidentes, entre eles o atropelamento: verificamos que quando dessa ocorrência, eles são resgatados e levados a atendimento de emergência e, caso tenham sofrido politraumatismos, acabam sendo internados e passam meses em cirurgias e intervenções hospitalares, e, depois “da alta”, voltam imediatamente para a circulação das ruas, sem acompanhamento fisioterápico, reabilitação e recuperação dos movimentos, embora com o corpo cheio de “pinos” e “próteses” como um *cyborg* colocado novamente em circulação. Parece haver um certo paralelismo entre a ação da remoção dos descartes urbanos e dos corpos em via pública (ADORNO, VASCONCELLOS E ALVARENGA, 2011, p. 93).

Intersectorialidade e integralidade são ideais a serem buscados de forma permanente e imperativa para que o “louco infrator” não seja, mais uma vez, vítima dos “desencaixes” governamentais e sociais a que foi submetido por toda a sua trajetória de vida:

De algum modo esse desafio nos leva a articular os problemas no contexto local, buscar parcerias, formas de organizar coletivamente autores e vítimas e demandar por uma concepção mais ampla de política pública, que remeta à igualdade diante da justiça, políticas locais mais inteligentes e menos normativas (ADORNO, VASCONCELLOS E ALVARENGA, 2011, p. 92).

5. DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS À ABERTURA DE QUESTÕES

Os discursos de nossos entrevistados, independentemente do lugar que falam, apresentaram os HCTPs como hospital-prisão, com a superposição (e não justaposição) do modelo jurídico-punitivo ao modelo psiquiátrico-terapêutico, conforme descrito por Carrara (1998).

A hegemonia do caráter custodial dentro dos HCTPs, em detrimento dos cuidados em saúde, faz com que ele seja incapaz de atingir os objetivos terapêuticos a que se propõe, levando os HCTPs a representarem um espaço de dupla segregação dentro do modelo prisional, conforme apontado por Mattos (2006), parecendo-nos bastante significativa a afirmação de Szasz, citada por Carrara (2010, p. 27) de que “para o ‘paciente-delinquente’ não existe nem absolvição para a sua culpa, nem tratamento. Isso não é mais que um método cômodo para ‘se livrar’ de indivíduos que apresentam certos comportamentos antissociais”.

Diante dessa ambiguidade existencial, o funcionamento e organização dos HCTPs passam a ser considerados como os de um estabelecimento penal, pela prevalência de uma lógica carcerária, onde, segundo nossos entrevistados, os problemas do sistema prisional tornam-se comuns nos HCTPs, tais como falta de vagas, superlotação, falta de funcionários e infraestrutura física, castigos e punições aos “presos indisciplinados”, uso de cela de isolamento, inclusive com o uso de expressões típicas do sistema progressivo de pena, criando-se uma analogia entre pena e medida de segurança inexistente na legislação e que, cada vez mais, afasta a medida de segurança de sua perspectiva terapêutica e a aproxima da pena.

O cenário de superlotação e falta de vagas, como um desses problemas, gera, no Estado de São Paulo, a existência de fila de espera de pessoas com transtorno mental “presas” em presídios comuns, que chega a contar, em determinados momentos, com até 900 pessoas para ingresso nos HCTPs, levando à realização dos denominados Mutirões Carcerários para a emissão de laudos de cessação de periculosidade, o que demandou uma logística específica para a sua realização com a vinda de “presos” de todas as localidades para uma unidade prisional localizada na Capital, fato apontado por Relatório emitido pelo Conselho Nacional de Justiça, em 2011.

Entre os entrevistados, há o questionamento da “qualidade” dos laudos emitidos nessas condições, prevalecendo, entretanto, o entendimento que essa seria a única forma disponível, no momento, para enfrentar a ilegalidade consistente na manutenção de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei em presídios comuns que, muitas vezes, aguardam uma vaga por anos e não meses. Essa espera demasiada é, igualmente, apontada por acórdãos exarados pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

As iniciativas governamentais para a resolução do problema apontado, além da realização dos Mutirões, parecem estar adstritas à construção de novos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, perpetuando a lógica de criação de estabelecimentos de reclusão, em detrimento daquela de acompanhamento ambulatorial, conforme considerado por Silva (2010b) e sendo reveladora da política do encarceramento do governo paulista, uma vez que consta como meta, no Plano Diretor do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo, de agosto de 2010, a construção de dois novos HCTPs, através de convênio a ser firmado com o DEPEN, o que seria demonstrativo do que podemos considerar incongruência da proposta paulista, em relação às diretrizes apontadas pelo Governo Federal, inclusive pelo próprio DEPEN, que por meio do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e sua Resolução 4, de 30 de julho de 2010, determina o prazo de 10 anos para que o Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, substituam o

modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se de programa específico de atenção ao paciente judiciário.

Frisamos que a existência dessa fila de espera contando, muitas vezes, com quase o mesmo número de pessoas internadas nos HCTPs deve ser vista como um dado não considerado nas estatísticas oficiais e que, portanto, oculto em qualquer análise realizada.

A falta de funcionários na área da saúde e a maior facilidade para a contratação de funcionários na área de segurança, além de poder ser revelador de outro aspecto da lógica carcerária existente nos HCTPs paulistas, leva à problemática do desvio de função entre agentes penitenciários, que passam a exercer funções da área da saúde, delineando-se o que podemos denominar de “política pública do improviso”.

A contenção física dos internos, com o uso da cela de isolamento, como forma de punição, entre outros castigos destinados aos “presos indisciplinados” apresenta-se como questão de destaque nas falas de nossos entrevistados, das diferentes áreas profissionais, caracterizadora do que designamos de lógica carcerária. Muito embora exista literatura abordando tal aspecto, em relação em HCTPs de outros estados, no caso de São Paulo identificamos os trabalhos de Tavolaro (2001) e Mamede (2006).

No Estado de São Paulo, tal fato foi apontado ocorrendo de forma considerada ainda mais cruel no HCTP de Taubaté. Conforme relatado por uma de nossas entrevistadas, o HCTP de Taubaté seria o “horror dos horrores” ou, conforme a escassa literatura existente e relacionada ao histórico da criação do PCC e do sistema do RDD, seria a “Fábrica de Monstros”, de acordo com Teixeira (2009) e, por esse motivo, o denominamos no corpo desse trabalho, como uma Penitenciária Hospitalar.

Dentro dessa perspectiva, o HCTP de Taubaté é destinado aos internos considerados mais perigosos, tendo um regime bem mais rigoroso do que os outros hospitais, conforme aponta Cia (2008) e igualmente nossos entrevistados, representando uma espécie de Penitenciária de Segurança Máxima. Por outro lado, o HCTP II de Franco da Rocha, de São Paulo, seria

o local adequado para o cumprimento do “regime semiaberto”, uma vez que em tal local foi instalada uma Colônia de Desinternação Progressiva. Tal Programa é apontado como possibilidade de implementação da Reforma Psiquiátrica, pois, em tese, poderia representar um rompimento com a denominada lógica carcerária.

Podemos considerar que a existência de três HCTPs no Estado de São Paulo com uma dinâmica de funcionamento e organização permeada por essa analogia ao sistema penal, onde há diferentes regimes de cumprimento de pena, em níveis mais ou menos severos, representaria a consolidação de um modo de pensar punitivo e segregatório, apresentando-se como um grande fator limitador para a implementação da Reforma Psiquiátrica, uma vez que essa pressupõe a medida de segurança em seu aspecto terapêutico e um novo olhar para a loucura.

A questão da contenção química, onde os pacientes são mais sedados do que tratados, foi apontado por nossos entrevistados, em suas perspectivas, e, igualmente, pela literatura existente (LOUGON, 2006; MATTOS, 2006).

Em um cenário nada promissor, permeado pela contenção química e física, uma possibilidade apontada por nossos entrevistados, assim como por diversos documentos elaborados em fóruns de discussão especializados sobre o tema, tais como o Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002), a Carta de São Paulo (2009), o Parecer do Ministério Público Federal sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da lei 10.216/01(2010), seria a vinculação dos HCTPs ao SUS, seja através do credenciamento dos HCTPs, enquanto existirem, ou por meio de encaminhamento alternativo para a rede de saúde mental, uma vez que, para a caracterização dos HCTPs como espaços de tratamento em saúde, essa vinculação é vista como ideal, se baseada nos princípios da integralidade, intersetorialidade e equidade, característicos desse nosso Sistema Único de Saúde.

A vinculação ao SUS realizada através de credenciamento dos HCTPs implicaria a existência de programas específicos de transição, pois na medida em que, a realidade institucional dos HCTPs é a de estrutura prisional, esse fato poderá levar à glosa dos leitos, como ocorreu no caso do Estado do Rio de Janeiro, caso não haja uma política de adaptação dos HCTPs.

Diante das considerações apresentadas, podemos apontar que os internos dos HCTPs passam a sofrer as mesmas agruras dos presos comuns e dos pacientes psiquiátricos comuns, vivendo em um ambiente institucional incapaz de alcançar os objetivos para os quais deveria estar pautado, ou seja, de tratamento terapêutico e reinserção social das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, tendo em vista que, do ponto de vista legislativo, esses deveriam ser os objetivos a serem atingidos, descortinando a necessidade de um olhar interdisciplinar e para além das fronteiras de saberes e práticas institucionais tradicionais, que teimam persistir em nossa realidade, em relação ao denominado “louco infrator”.

Questão relevante demonstradora da relevância do campo da Saúde Pública é a consideração do que Mamede (2006) refere-se como a existência de um “núcleo adoecido no indivíduo”, que antecede o cometimento do delito, aspecto apontado igualmente por dois de nossos entrevistados, da necessidade de maior investimento no setor da saúde mental para que haja a disponibilidade de tratamento psiquiátrico, numa visão preventiva, na perspectiva da redução de danos, referindo-se, no caso dos discursos de nossos entrevistados, como a prevenção à ocorrência do próprio delito.

Em relação aos indivíduos encaminhados aos HCTPs, nossa investigação permite descortinar, a necessidade de aprofundamento do que denominaremos de “vidas institucionalizadas”, uma vez que pelos dados estatísticos disponíveis, relatos dos entrevistados e pesquisas já realizadas, grande parte dos internos já teve passagem por outras instituições psiquiátricas e muitas vezes, a “porta de saída” dos HCTPs é o encaminhamento para um Hospital Psiquiátrico, diante da inexistência ou

insuficiência de Serviços Residenciais Terapêuticos, ocorrendo o fenômeno da transinstitucionalização.

A Lei 10.216/01, chamada de Lei da Reforma Psiquiátrica, embora apresente discrepâncias entre o texto aprovado e o projeto inicial proposto, é um instrumento legal viável para a defesa dos direitos das pessoas que cumprem medida de segurança. Entretanto, a existência de duas teses jurídicas, uma apontando a sua aplicação às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e, outra a rejeitando, entendendo que tal lei seria aplicada somente às pessoas com transtorno mental que não cometeram delitos, apresenta-se como desafio e limite para a implementação da Reforma Psiquiátrica no âmbito dos HCTPs.

No Estado de São Paulo, há resistências e conservadorismo no trato com a questão, conforme relatado por nossos entrevistados, principalmente entre os Membros do Ministério Público Estadual e do Tribunal de Justiça de São Paulo, inclusive contrapondo-se às instruções normativas emitidas pelo Conselho Nacional de Justiça e Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e conforme podemos inferir dos documentos jurídicos apresentados e discutidos ao longo deste trabalho.

A Defensoria Estadual, como instituição que defende os interesses da população hipossuficiente e que, portanto, atua na defesa da grande maioria dos internos dos HCTPs, defende a aplicação da lei 10.216/01 na seara das medidas de segurança, contrapondo-se ao Ministério Público Estadual, que institucionalmente entende pela não aplicação da citada legislação às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, apresentando, assim, somente a sua faceta de órgão acusador dentro do processo criminal e não a perspectiva de instituição empoderada pela Constituição Federal para a defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

O pequeno número de processos relacionados ao cumprimento de medida de segurança de internação, em nível nacional, se comparados com o número de processos que trata de cumprimento de pena, dificulta um posicionamento pacificador do Supremo Tribunal Federal sobre o tema, o

que seria relevante, uma vez que o posicionamento desse Tribunal Superior levaria a uma interpretação uniformizadora, em relação à aplicação da Lei 10.216/01 as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Vale considerar que pelos acórdãos já emanados pelo STF, a tendência que se apresenta é a da aplicação da lei 10.216/01 na seara das medidas de segurança.

Outras mudanças legislativas sinalizam para um entendimento de que a dogmática penal, que atrela a pena de reclusão à medida de segurança de internação, encontra-se derogada, pois a lei 12.403/11, que alterou o artigo 319 do Código de Processo Penal, estabelece a medida de segurança cautelar somente no caso de crimes praticados com violência ou grave ameaça, trazendo como possibilidade interpretativa de que, a partir de então, somente permite-se a internação nesses casos específicos, fato que aponta outra interpretação legislativa que defende a excepcionalidade da medida de segurança de internação.

A discussão acerca dos critérios legais encontra-se exposta quer na literatura, em autores como Mattos (2006), Jacobina (2008) e Musse (2008), quer nos discursos de nossos entrevistados.

Os critérios legais adotados continuam, assim, a serem aqueles estabelecidos pela legislação penal, perpetuando a lógica da internação nos HCTPs, em detrimento da lógica do aspecto terapêutico e do tratamento no meio substitutivo comunitário ou, como pontuou um de nossos entrevistados, Wellington, o enfrentamento da questão da chamada “porta de entrada” nos HCTPs paulistas, com a continuidade das internações. Consideramos que as colocações feitas pelo referido entrevistado aponta possibilidade e desafio para a implementação da Reforma Psiquiátrica, necessitando de uma deliberação do ponto de vista jurídico para a questão.

Ainda em relação aos critérios legais, nossos entrevistados questionam os critérios legais existentes na legislação penal, pois trazem uma contradição, do ponto de vista lógico, porque baseada no critério da pena abstrata prevista para o crime cometido pela pessoa com transtorno mental, crime do qual é absolvido, mas submetido à medida de segurança.

Nos discursos de nossos entrevistados, assim como na literatura, discorda-se do critério legal que estabelece um prazo mínimo para o cumprimento da medida de segurança, que não está adstrito ao aspecto do tratamento em saúde, mas tão somente na gravidade do delito praticado e o não estabelecimento do prazo máximo para o fim de seu cumprimento, gerando a única espécie de “prisão perpétua” legalizada no País.

Embora o STF tenha se pronunciado, em diversos julgados, pelo prazo máximo de 30 anos para o cumprimento da medida de segurança, assim como ocorre com o prazo da pena, há que se considerar dados existentes no Censo Nacional de 2011 referem que, nos HCTPs paulistas, há 3 pessoas que estão internadas há mais de 30 anos, sem contabilizar as 118 pessoas que não tinham informação desse prazo, conforme apurado pelo Censo Nacional realizado nos HCTPs, em 2011.

Os critérios legais utilizados para a fixação e cumprimento das medidas de segurança geram penalidade extra às pessoas com transtorno mental, ao serem considerados inimputáveis, pois se assim não o fossem, poderiam ser beneficiados com institutos jurídicos, tais como penas restritivas de direitos, transação penal, regime aberto de cumprimento de pena, remição de pena, entre outros, consagrados aos condenados considerados “normais”. Como inimputáveis, resta-lhes, tão somente, a internação nos HCTPs, dentro dessa perspectiva jurídica penal. Nesse sentido, baseando na equidade jurídica, ao “louco infrator” caberá repensar saídas alternativas que possam atender às suas especificidades, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, rompendo esse estado de não direitos.

Nesse contexto, a questão da presunção legal da periculosidade, reservada somente ao considerado louco infrator, é uma das questões de maior questionamento por parte dos entrevistados e da literatura especializada, como em Mattos (2006) e Musse (2008), ocupando eixo primordial da discussão dos limites e desafios para a implementação da Reforma Psiquiátrica nos HCTPs.

A indeterminação do prazo de cumprimento das medidas de segurança é atrelada ao laudo de cessação de periculosidade, continuando

a perpetuar a falsa conexão entre perigo e transtorno mental, algo contestado pelos entrevistados e, inclusive, pela OMS (2001), além de pesquisadores da área de saúde que empreendem uma reflexão crítica acerca da chamada abordagem de risco em saúde, a exemplo de Ayres (1997).

Na elaboração do laudo de cessação de periculosidade exige-se, por parte dos operadores do Direito, a realização de uma prognose, ou seja, um verdadeiro exercício de “futurologia”, expressão utilizada por um de nossos entrevistados e por Souto (2007), em relação à busca de certeza de que a pessoa com transtorno mental não voltará a delinquir, e, muitas vezes, vinculando, tal busca de certeza, à própria “cura da doença mental”, o que jamais ocorrerá dependendo do quadro patológico apresentado.

Nessa aliança entre a (in) Justiça Penal e a Psiquiatria o que se descortina é que a Justiça ainda “guarda e esconde” as chaves da “porta de saída” dos HCTPs, com a prevalência de um discurso de defesa social, alimentada por uma “porta de entrada” sempre aberta, diante do tradicionalismo institucional, que permeia as instituições jurídicas.

A administração dos HCTPs paulistas é realizada pela Secretaria de Administração Penitenciária do Estado que considera os HCTPs como instituições “indesejáveis” em seu quadro; por outro lado, a Secretaria de Saúde, considerada adequada para administrá-los, rejeita essa incumbência, segundo o discurso de nossos entrevistados, apontando o não lugar dos HCTPs.

O SAIPEMS – Sistema de Atenção Integral as Pessoas em Medida de Segurança – que em 2009 foi proposto, como forma de implantar no Estado de São Paulo um programa semelhante aos desenvolvidos por Minas Gerais (PAI-PJ) e Goiás (PAILI) encontra-se, desde então, nos trâmites burocráticos dentro da Secretaria de Saúde do Estado.

O Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário paulista, prevê, desde 2002, a reorientação do modelo assistencial dos HCTPs com o encaminhamento para os serviços comunitários substitutivos das secretarias municipais e estaduais, conforme proposto no SAIPEMS, mas ainda não

implantado, encontrando-se em descompasso com as políticas nacionais específicas para o cumprimento das medidas de segurança nos HCTPs.

Consideramos relevante como um dos aspectos apontados por nossos entrevistados, a questão de que o limite e desafio para a implementação da Reforma Psiquiátrica é o fato de que o enfrentamento da questão das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei baseia-se, segundo a perspectiva de nossos entrevistados, em políticas públicas de governo, que podem sofrer quebra de continuidade e podem ser delegadas e terceirizadas e não em políticas públicas de Estado, conforme exposto por Aith (2006) e Musse (2008).

Nossos entrevistados referem-se a essa quebra de continuidade, em especial, em relação a programas específicos a dependentes químicos e ao Programa de Desinternação Progressiva.

Nesse cenário, o caminho para mudanças significativas, encontra como um dos desafios a construção da rede de serviços substitutivos comunitários, em especial os CAPS e SRTs, uma vez que não há equipamentos suficientes para a população que se encontra nos hospitais psiquiátricos comuns e nos HCTPs, considerados fundamentais para a proposta da Reforma Psiquiátrica.

Além da interface Justiça e Saúde, nossos entrevistados apontam, em seus discursos, a família como instituição a exercer papel fundamental no processo de desinstitucionalização, aspecto que aponta para a maior complexidade do fenômeno a ser considerado por essas duas esferas institucionais em trabalho conjugado.

O papel da família dos internos em HCTPs perpassa pela questão do cometimento de crimes no seio familiar. Segundo dados do Censo Nacional de 2011, no Estado de São Paulo, dos 1025 internos, 183 (18%) indivíduos que cometeram delitos contra familiares, sendo que desses, 79(43%) cometeram o delito de homicídio ou tentativa de homicídio. Para tal reflexão, entendemos ser necessário o aprofundamento da questão com índices relacionados aos presos comuns, uma vez que essa comparação

seria significativa para constataremos se os inimputáveis cometem, ou não, mais crimes no seio familiar do que os imputáveis.

Isto porque há pesquisas que indicam, que antes mesmo da prática do delito, os internos dos HCTPs já não contavam com amparo familiar, o que reitera a importância de pesquisas aprofundadas em relação ao abandono familiar de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e sua relação com uma situação de vulnerabilidade social.

Nesse contexto, há que ser considerado que períodos longos de internação tornam, muitas vezes, os laços familiares mais esgarçados e que a exigência do apoio familiar como condicionante para a saída do indivíduo do HCTP, gera no caso das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, um ciclo vicioso asilar, do que passou a ser entendido como fenômeno da transinstitucionalização, conforme delineado no Censo Psicossocial realizado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, de 2008, representando a perenização das sucessivas internações em diferentes instituições, o que significa que as “portas de saída” somente são abertas pela Justiça de instituição para instituição.

Vale considerar que o Estado de São Paulo, como o mais populoso da Federação, apresenta uma representatividade numérica em números absolutos, concentrando a maior parte dos internos do País em seus HCTPs, perfazendo o percentual de aproximadamente de 25%, sem a consideração da já apontada fila de espera.

Os HCTPs paulistas possuem mais da metade de todos os pacientes do País diagnosticados com Transtornos de personalidade, da preferência sexual e abuso de álcool de outras drogas, apesar de o levantamento realizado não tenha considerado a existência de indivíduos com mais de uma patologia.

Embora o levantamento realizado não possa ser afirmativo de que esteja em São Paulo a maior parte de indivíduos com os citados transtornos, mas sim de que pode haver um maior número de diagnósticos nesse sentido, o quadro delineado necessita de discussão sobre novos encaminhamentos a essa população, em especial a responsabilização

daqueles que apresentam transtorno de personalidade sem comportamento psicótico, conforme apontado pelo Parecer do Ministério Público Federal (2011) e dos que apresentam abuso no uso drogas, uma vez que cada vez mais há uma população mais jovem que apresenta problemas relacionados com drogas sendo encaminhada aos HCTPs, levando a uma mudança do perfil tradicional dessas instituições.

Vencer a barreira do duplo estigma e preconceito dos “loucos infratores” é o grande desafio para qualquer tentativa de desinstitucionalização, que, no âmbito do Estado de São Paulo, enfrentará a lógica atual do encarceramento, uma vez que o governo paulista vem apresentando diversas buscas de “soluções” de aprisionamento para a questão dos adolescentes infratores e para os usuários de crack.

O diálogo intersetorial entre o Poder Judiciário e Poder Executivo é o caminho apontado pelas experiências exitosas em nosso País, como fundamental para a implantação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica no cumprimento das medidas de segurança, sendo que somente nesse novo cenário Justiça, Cidadania e Saúde marcarão um ponto de encontro promissor.

6 REFERÊNCIAS

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; VASCONCELLOS, Maria da Penha; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Para viver e pensar além das margens: perspectivas, agenciamentos e desencaixes no campo da saúde pública. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar. 2011.

ADORNO, Sérgio; SALLA, Fernando. Criminalidade organizada nas prisões e os ataques do PCC. **Estud. av.**, São Paulo, v. 21, n. 61, Dec. 2007.

AGUDELO, Saúl Franco. Violência, cidadania e saúde pública. In: BARATA, Rita Barradas et al (org.). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ALVARENGA, Augusta Thereza de. A Saúde Pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 3, n. 2, 1994.

ALVARENGA, Augusta Thereza de; SOMMERMAN, Américo; ALVAREZ, Aparecida Magali de Souza. Congressos internacionais sobre transdisciplinaridade: reflexões sobre emergências e convergências de ideias e ideais na direção de uma nova ciência moderna. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 14, n. 3, dez. 2005.

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira *et al*. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, Vol. 72, n 1, jan./mar., 2009

ALVIM, Rui Carlos Machado. **Uma pequena história das medidas de segurança**. São Paulo: Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 1997.

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, Ed. Especial Atenção psicossocial na Atenção Básica 2, p. 6-21, abr./jun. 2004.

AMARANTE, Paulo. **Asilos, Alienados e Alienistas. Uma pequena história da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995a.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 1995b.

ANDRADE, Daniela Brasil Cavalcanti de. **Da Eficácia da Aplicação das Medidas de Segurança e a Noção de Periculosidade**. Belo Horizonte: FAPEMIG, 2004.

ASSIS, Rafael Damaceno de. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XI, n. 39, p.74-78, out/dez 2008.

AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE “SAÚDE MENTAL: EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA E APLICAÇÃO DA LEI 10.216/01 AO SISTEMA PENITENCIÁRIO NACIONAL”, Brasília: Ministério Público Federal-Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2011.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Sobre o risco**. São Paulo: Hucitec, 1997.

BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como construção do saber. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 171-195.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator. Contribuições a partir da experiência do PAI-PJ**. Belo Horizonte: TJMG. 2010a.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um dispositivo conector-relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 20, n.º 1, p 116-128, abr. 2010b.

BARROS, José D’Assunção. **O projeto de pesquisa em História: da escolha do tema ao quadro teórico**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

BARROSO, Luís Roberto. Fundamentos teóricos e filosóficos do novo direito constitucional brasileiro: pós-modernidade, teoria crítica e pós-positivismo. **Interesse Público**, Belo Horizonte, v. 3, n. 11, jul. 2001.

BASAGLIA, Franco. Instituições da violência. In F. Basaglia (Org.). **A Instituição Negada** (pp. 99- 133). 3ª. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BEZERRA, Benilton, Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos. In: BEZERRA JR, Benilton; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. A cidade Treloucada. In: BEZERRA JR, Benilton; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BITENCOURT, Cezar Roberto. "Pena de prisão perpétua." **Revista CEJ**, Brasília, V. 4, n. 11, p. 41-47, mai./ago. 2000.

BOBBIO, Norberto. **O positivismo jurídico: lições de filosofia do direito**. São Paulo: Ícone, 2006.

BRANCO, Thayara Castelo. **O exame de periculosidade do agente e a criminalização da doença mental no direito brasileiro: apontamentos críticos**. Trabalho publicado nos Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI realizado em Fortaleza - CE nos dias 09, 10, 11 e 12 de Junho de 2010.

BRASIL. Decreto no. 1132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a assistência a alienados. Brasília, DF, 1903.

BRASIL. Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921. Aprova o regulamento do manicômio judiciário. Brasília, DF, 1921.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. Brasília, DF, 1940.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Institui o Código de Processo Penal. Brasília, DF, 1941.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990 a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. Lei nº. 9.099, de 26 de setembro de 1995. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. Brasília, DF, 1995.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF, 2003.

CADEMARTORI, Sérgio. **Estado de direito e legitimidade: uma abordagem garantista**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999.

CAREGNATO, Rita Catarina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus Análise de Conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p.679-84, Out-Dez. 2006.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998.

CARRARA, Sérgio Luís. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, 2010, 20.1: 16-29.

CARVALHO, Salo; FREIRE, Christiane Russomano. O regime disciplinar diferenciado: notas críticas à reforma do sistema punitivo brasileiro . **Revista Transdisciplinar de Ciências Penitenciárias**, vol. 4, n. 1, Jan.-Dez./2005.

CIA, Michele. **A desinternação progressiva como alternativa para a obrigação político-criminal do Estado frente aos atos praticados por inimputáveis**. Franca: UNESP, 2008.

CINTRA JÚNIOR, Dyrceu Aguiar Dias. Direitos humanos e saúde mental. In. **Escritos em homenagem a Alberto Silva Franco**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

COHEN, Claudio. A periculosidade social e a saúde mental. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 4, Dec. 1999.

COHEN, Claudio; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M.(Org.). **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: EDUSP, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução 113, de 20 de abril de 2010. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Brasília:CNJ, 2010.

CORDIOLI, Maria Sirene; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida. Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2006.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, Sept. 2007.

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: **Curso de Especialização à distância em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura**. Brasília: UNB/Fiocruz, 2002.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (org.) **Ensaio-subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. De historiadoras, brasileiras e escandinavas: Loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX). **Tempo**. Rio de Janeiro: v. 3, n. 5, p. 181-215, jul. 1998.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O poder dos juízes**, 2. Ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Debate sobre o artigo de Correia et al. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, Sept. 2007.

DANTAS, Milena Amélia Franco e CHAVES, Antônio Marcos. Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2007, vol.27, n.2, pp. 342-357.

DE TILIO, Rafael. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 37, Ago. 2007.

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

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil-Censo 2011**. Brasília: UNB/Letras Livres, 2013.

DINIZ, Debora. **"Casa dos mortos."** Brasília. DVD. 2009.

DOS DEPUTADOS, CÂMARA. I Caravana Nacional de Direitos Humanos. **Uma amostra da realidade manicomial brasileira: relatório**. Brasília: Centro de Documentação e Informação Câmara dos Deputados, 2000.

DOTTI, René Ariel. **Casos criminais célebres**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

DWORKIN, Ronald. **O Império do Direito**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ENGEL, Magali. "Psiquiatria e feminilidade". IN: PRIORE, Mary Del (org.). **História da Mulheres no Brasil**. 3ª ed. São Paulo: Contexto, 2000.

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e razão: teoria do garantismo penal**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006.

FERRARI, Eduardo Reale. As medidas de segurança criminais e sua progressão executória: desinternação progressiva. In: SHECAIRA, Sérgio Salomão (Org.). **Estudos criminais em homenagem a Evandro Lins e Silva (criminalista do século)**. São Paulo: Método, 2001 a.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no Estado Democrático de direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001b.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico: curso dado no Collège de France(1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Riviere, que Degolei minha Mãe, Minha Irmã e meu Irmão**. 8ª. Ed. São Paulo, Graal, 2007.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 9ª. Ed., 2010a.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. 38ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 2010b.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006.

GOES, Eda Maria. **A recusa das grades: rebeliões nos presídios paulistas: 1982-1986**. São Paulo: IBCCRIM, 2009.

GOFFMAN, E; **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio Janeiro: LTC, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**, 8ª. Ed., São Paulo: Perspectiva, 2010.

GONÇALVES, Renata Weber. **A medida de segurança: elementos para interpretação da contenção por tempo indeterminado dos loucos infratores no Brasil**. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.2008.

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

INTERMINISTERIAL, Portaria. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. Portaria Interministerial no. 1777, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, DF, 2003.

INTERMINISTERIAL, Portaria. Ministério da Saúde, Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Portaria Interministerial nº 1.055, de 17 de maio de 2006. Institui Grupo de Trabalho para viabilizar a constituição do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. Brasília, DF, 2006.

INTERMINISTERIAL, Portaria. Ministério da Saúde, Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Portaria Interministerial nº 3.347, de 29 de dezembro de 2006. Institui o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. Brasília, DF, 2006.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura**. Brasília: Escola do Ministério Público da União, 2008.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. **Tempos Modernos**. Vol. 2. Mandacaru, p. 67-83, 1987.

KOLKER, Tania. **O que se faz em nosso nome: tortura nas prisões do Rio de Janeiro**. s/d. Disponível em: <www.redsalud-ddhh.org/pdf/Kolker.PDF> Acessado em 10 de mar. de 2013.

MACIEL, Laurinda Rosa. Um lugar para aprisionar a loucura criminosa. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-452, 1999.

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

MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010.

MEDEIROS, Andréa dos Santos Silva. Exclusão social e abandono do louco infrator. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 17-26, jan./abr. 2005.

MELLO, Adriana Pinto de. Entre a cruz e a espada. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010

MEYHI, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 3, de 4 de maio de 2004a. Recomenda a adoção do "Programa de volta para Casa" do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 3, de 23 de setembro de 2005. Estabelece as diretrizes básicas para construção, ampliação e reforma de estabelecimentos penais no Brasil. Brasília: Ministério da Justiça, 2005.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 4, de 30 de julho de 2010. *Dispõe sobre as*

Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. Brasília: Ministério da Justiça, 2010a.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Departamento Penitenciário Nacional. **Dados Consolidados no Sistema Penitenciário (DEPEN).** Brasília: Ministério da Justiça, 2010b.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 9, de 18 de novembro de 2011. 30 de julho de 2010. *Dispõe sobre Diretrizes Básicas para Arquitetura Penal.* Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **I Conferência Nacional de Saúde Mental - Relatório final.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Conferência Nacional de Saúde Mental - Relatório final.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria no. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, DF, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.** Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 2002 a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Manual do Programa de Volta para Casa.** Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

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, 2004 a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2004.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS. **Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2004c.

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 a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006**: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2010 a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **I e II Encontro Nacional sobre o Atendimento a Pessoas em Medida de Segurança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica: Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília. 2011.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE GOIÁS. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). **Informações gerais sobre a implementação da reforma psiquiátrica na execução de medidas de segurança**. Goiás: Ministério Público do Estado de Goiás/Secretaria da Saúde do Estado de Goiás, 2009.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/01**. Brasília, DF, 2011.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Cartilha “Direito à Saúde Mental”**. Brasília, DF, 2012.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de direito penal**. 22.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MONTEIRO, Lamarque; OLIVEIRA, Samuel Messias. **Casa de Custódia de**

Taubaté: Revoluções, Rebeliões, Berço do PCC. Prefeitura Municipal de Taubaté, 2005.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Políticas Públicas em saúde mental.** Tese de 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.

NALINI, José Renato. **Ética geral e profissional.** 4. ed.. São Paulo: RT, 2004.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código penal comentado.** 7. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa: OMS, 2005.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, Jun. 2008.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. **Saúde e loucura.** São Paulo: Hucitec, 1990.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. **Doença e Delito: relação entre prática psiquiátrica e poder judiciário no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador**, Bahia. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY-FILHO, Antônio; LIMA, A. S. A estratégia da periculosidade: psiquiatria e justiça penal em um hospital de custódia e tratamento. **Psychiatry On-line Brazil**, 1998.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. Erasmo: o estranho da loucura criminal. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 2, p. 121-143, 1999.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **Instituto de Ciências Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, Ago. 2002.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 7ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**. V. I Parte Geral, 4º ed. São Paulo: RT, 2004.

QUEIROZ, M.I.P. Relatos orais do dizível ao indizível. In Von Simson, O.R.M.(org.). **Experimentos com histórias de vida: Itália-Brasil**. São Paulo: Vértice, 1988.

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

REIS, Alberto Olavo Advíncula. Saúde mental, democracia e responsabilidade. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. Da psiquiatria à saúde mental: As renovações em psiquiatria e a ascensão das áreas afins. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, v. 48, n. 4, 1999.

ROCHA, Décio; DEUSDARA, Bruno. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, Dez. 2005.

ROSSETTI, Janora Rocha, ALVIM, Rui Carlos Machado. **Das Medidas de Segurança: Jurisprudências**. São Paulo: Ed. Universitária de Direito, 1994.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., Benilton; e AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SA, Evelin Naked de Castro. O Manicômio Judiciário: saúde ou justiça?. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 5, Oct. 1985.

SALLA, Fernando. "De Montoro a Lembo: as políticas penitenciárias em São Paulo." **Revista Brasileira de Segurança Pública**, Ano 1, Edição 1, 2007.

SAMPAIO, Paulo César. Passagens. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Ago. 2009.

SANTOS, Boaventura de Sousa. "Por uma concepção multicultural de direitos humanos." In: SANTOS, B. S. (Org.). **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para uma revolução democrática da justiça**. São Paulo: Cortez, 2007.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Teoria da pena: fundamentos políticos e aplicação judicial**. Curitiba: Lumen Juris, 2005, p. 193.

SÃO PAULO (Estado). Decreto 28195/88, de 27 de janeiro de 1988. Transforma o Manicômio Judiciário em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha, dispõe sobre sua organização e dá providências correlatas. São Paulo, SP, 1988.

SÃO PAULO(Estado). Gabinete do Secretario. Resolução no. 58, de 13 de junho de 2003. Disciplina o direito de visita e dá outras providências. Secretaria de Administração Penitenciária: SP, 2003.

SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do paili. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010.

SILVA, Martinho Braga Batista e. As pessoas em medida de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do plano nacional de saúde no sistema penitenciário. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010 a.

SILVA, Martinho Braqa Batista e. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 653-682, 2010b.

SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS E SAÚDE MENTAL, PRIMEIRO. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth Machado de. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1988.

SOARES, Bárbara Musumeci; DA SILVA, Iara Ilgenfritz. **Prisioneiras: vida e violência atrás das grades**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2002.

SOUTO, Ronyá Soares de Brito. Medidas de Segurança: da criminalização da doença aos limites do poder de punir. In: CARVALHO, Salo de (coord.). **Crítica à execução penal. 2ª. Edição**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

TAVOLARO, Douglas. **A Casa do delírio**. São Paulo: Senac, 2002.

TEIXEIRA, Alessandra. Dispositivos de exceção e novas racionalidades do sistema punitivo: o surgimento do PCC e o modelo RDD. **Perspectivas**, São Paulo, v. 36, p. 175-208, jul./dez. 2009.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Instituto de Ciências Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-29, 2002.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães e AMARANTE, Paulo. Protaqonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 73-85, 2001.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Michel Foucault e a "História da Loucura": 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 3, n.6, p. 41-64, 2012.

VALENÇA, Alexandre Martins. Relação entre homicídio e transtornos mentais. **Rev Bras Psiquiatr** v. 28, supl. II, p. S62-8, 2006.

VICENTIN, Maria Cristina G. A questão da responsabilidade penal juvenil: notas para uma perspectiva ético-política. In: ABMP, Ilanud, Secretaria Especial de Direitos Humanos. (Org.), **Justiça, Adolescente e Ato Infracional: Socioeducação e Responsabilização**. São Paulo: Ilanud, 2006.

WOLKMER, Antônio Carlos. **Ideologia, Estado e Direito**. 4ª ed. São Paulo: RT, 2003.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ZAFFARONI, Eugenio Raul, PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro: parte geral**. 5ª. Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2004.

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: “Justiça, Cidadania e Saúde: Reflexões sobre Limites, Possibilidades e Desafios para a Implementação da Lei 10.216/01 no Estado de São Paulo”.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar os Limites, Possibilidades e Desafios para a Implementação da Reforma Psiquiátrica nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo se justifica pela literatura quase inexistente sobre tal problemática e as interfaces entre Justiça e Saúde Pública. O objetivo geral da pesquisa é identificar pontos de tensão de natureza sócio política e jurídica à inscrição dos HCTPs no SUS na perspectiva do ideário da Reforma Psiquiátrica, conforme os ditames da lei 10.216/01.

Para tanto, as entrevistas serão realizadas com Juízes, Promotores de Justiça, Procuradores da República, Defensores Públicos, Gestores da Secretaria de Administração Penitenciária (Coordenadoria de Saúde), Profissionais da área de saúde, como psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais e pessoas consideradas chave para a implementação dos Programas ligados ao PAIPJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário), de Minas Gerais, ao PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator), de Goiás e Projeto Qorpo Santo, do Rio Grande do Sul.

O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma: Haverá uma entrevista que será gravada pela Pesquisadora e será realizada no local determinado por você que está sendo entrevistado. Você só será entrevistado uma única vez e tal entrevista abordará os limites, possibilidades e desafios da implementação da Reforma Psiquiátrica nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Paulistas, trazendo como foco a lei 10.216/01(lei da Reforma Psiquiátrica).

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:

Há riscos ou desconfortos mínimos para você que se submeter à entrevista. Sua participação é voluntária e seus dados serão tratados de forma sigilosa. A pesquisa visa apenas identificar os principais limites, desafios e possibilidades para a implementação da Lei 10.216/01 no estado de São Paulo.

Tal pesquisa poderá beneficiar a elaboração de futuras políticas públicas para a implementação da Lei 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica), mas não trará a você, entrevistado, nenhum benefício direto.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A pesquisa não visa a identificação de nenhum problema relacionado à saúde do entrevistado. Abordará somente aspectos relacionados ao entendimento sobre a Reforma Psiquiátrica e Lei 10.216/01.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

Todos os aspectos éticos elencados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que traça as Diretrizes e Normas

Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, serão rigorosamente obedecidos.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE: Eu, _____ fui

informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. A professora orientadora Profa. Dra. Augusta Thereza de Alvarenga certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a estudante Patrícia Maria Villa Lhacer ou a Professora Orientadora Dra. Augusta Thereza de Alvarenga no telefone (11) 30617703 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

ANEXO II: ROTEIRO TEMÁTICO

1. Como o Sr(a) vê a atual situação dos Hospitais de Custódia em São Paulo?
2. Como o Sr(a) vê as ações de saúde desenvolvidas nos HCTPs?
3. Qual é a sua apreciação sobre a proposta contida na Reforma Psiquiátrica em relação aos HCTPs?
4. Qual a sua interpretação sobre a Lei 10.216/01, que preconiza a Reforma Psiquiátrica, em relação aos artigos do Código Penal e LEP que tratam das Medidas de Segurança?
5. O Sr(a) conhece a proposta do SAPEMS (Sistema de Atenção Integral às Pessoas em Medida de Segurança do Estado de SP)? De que forma? Qual a sua apreciação sobre tal proposta?
6. Se o entrevistado conhece: o sr(a) atuou ou atua de forma direta ou indireta na implementação dessa proposta do SAPEMS? (Em caso positivo): Como foi essa atuação?
7. Quais os obstáculos de natureza sócio política, administrativa e jurídica que o Sr(a) vê para implementação da Reforma Psiquiátrica no Estado de São Paulo?
8. Como o sr(a) acha que esses obstáculos que mencionou dificultam a transformação dos HCTPs paulistas em espaço de diálogo entre Justiça e Saúde?
9. Quais as possibilidades e aberturas de natureza sócio política, administrativa e jurídica que o Sr(a) vê para a implementação dessas novas diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Estado de São Paulo? Que protagonistas facilitariam essas possibilidades de abertura?
10. No seu entendimento, quais os setores, além da Justiça, deveriam participar de um Comitê de Especialistas capaz de ter a representatividade e autoridade política e jurídica para promover esse processo de efetiva transformação da realidade dos HCTPs e a implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica?

11. Que outras questões considera importante sobre o tema de nossa pesquisa e que gostaria de colocar como contribuições à mesma?

CURRÍCULO LATTES