UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Transinstitucionalização:
Caminhos e Descaminhos na Dinâmica de
Internações e Desinternações
de Pessoas com Transtorno Mental
em Conflito com a Lei no Estado de São Paulo**

Patrícia Maria Villa Lhacer

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para Obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Augusta Thereza de
Alvarenga

São Paulo

2019

**Transinstitucionalização:
Caminhos e Descaminhos na Dinâmica de
Internações e Desinternações
de Pessoas com Transtorno Mental
em Conflito com a Lei no Estado de São Paulo**

Patrícia Maria Villa Lhacer

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo para Obtenção do
Título de Doutor em Ciências.

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

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

Versão revisada

São Paulo

2019

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, por todo amor, apoio e incentivo.

A minha irmã Priscilla, minha eterna e preciosa companheira.

A minha sobrinha Melissa, inspiração para a minha jornada.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Professora Augusta Thereza de Alvarenga, pelo apoio, dedicação e direcionamento em minha trajetória acadêmica, pelas conversas acolhedoras, pelo exemplo inspirador. Aqui, assim como nos momentos de nossa convivência, na falta de palavras que possam expressar o que sinto, repito: “Obrigada hoje e sempre”.

Ao Professor Alberto Olavo Advíncula Reis, pelos ensinamentos, desde as primeiras aulas, quando eu ainda sonhava ingressar no Mestrado, pelas preciosas sugestões e pela paciência.

As Professoras Luciana Barbosa Musse e Maria Cristina Gonçalves Vicentin, pela prontidão em aceitar participar da Banca e pelas valiosas contribuições.

Ao Professor Maurício Stegemann Dieter, pelas sugestões e direcionamentos realizados na Banca de Qualificação.

Ao amigo e eterno companheiro Alessandro Gonzaga de Freitas, por compreender minhas ausências, por todo o suporte e auxílio para que eu pudesse concluir esse trabalho.

Ao amigo David Pimentel Barbosa Di Siena, a quem tenho a honra de chamar de “Mano”, por me fazer acreditar que é possível mudar o mundo.

Ao amigo Leandro Aguiar Piccino, pelo reconhecimento da importância do trabalho acadêmico, pela parceria e pelo exemplo na defesa da Advocacia.

A amiga Rosana Marçon da Costa Andrade, pelos conselhos e pelo incentivo, quando tudo parecia difícil.

As facilitadoras do Núcleo de Justiça Restaurativa de São Caetano do Sul, pelo companheirismo e pelos sonhos compartilhados.

LHACER, P.M.V. Transinstitucionalização: Caminhos e Descaminhos na Dinâmica de Internações e Desinternações de Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Estado de São Paulo. 2019. Tese. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

RESUMO

O início do século XXI é marcado por diversas questões que correlacionam os problemas da privação da liberdade e sua interface com a Saúde Pública, como nas discussões sobre o uso problemático de álcool e outras drogas e o aumento do encarceramento desses indivíduos, assim como na temática do denominado “louco infrator”, que, apesar da Reforma Psiquiátrica, continua sem acesso aos seus direitos fundamentais. O presente trabalho tem como problemática central investigar, à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica, como se processa a dinâmica das transferências de pessoas internadas nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de São Paulo para os Hospitais Psiquiátricos Comuns, Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas, sob ordem judicial. Tem como objetivos identificar os motivos que determinam transferências, sua legalidade, assim como os discursos das áreas jurídicas, psiquiátricas e de saúde mental que se constituem em torno da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e caracterizar como se apresenta a relação Justiça e Saúde na dinâmica dessas transferências como mecanismo jurídico-sanitário, identificando implicações, alcances e limitações e o lugar da transinstitucionalização nesse processo. Do ponto de vista metodológico, trata-se de pesquisa de natureza documental e qualitativa. Como documentos foram identificados acórdãos, processos de execução criminal de medida de segurança e processos de internação compulsória, entre outros de natureza cível, relacionados a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, que tramitam ou tramitavam no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Articula-se a questões emergentes da pesquisa documental, a realização de entrevistas, em profundidade, via Roteiro Temático, com dois grupos de sujeitos de pesquisa, profissionais da área jurídica, assim como, profissionais da área da saúde, com experiência de trabalho relacionada

à temática. A discussão e interpretação de dados e narrativas revelam que a noção da periculosidade se apresentou como eixo central para a determinação das transferências, permeando discursos dos profissionais da área jurídica e psiquiátrica e das área *psi*, que atuam nos processos relacionados a essa população. Os discursos de saúde mental de profissionais da saúde, fora da esfera da Justiça, no modelo de atenção psicossocial apresentam-se como caminho necessário e possível para que o chamado “louco infrator” passe de um indivíduo tutelado pelo Estado a um sujeito de direitos. A prática da Internação Compulsória com Interdição, após a extinção da medida de segurança, apresenta-se como aspecto limitador para a transinstitucionalização, assim como a desinternação condicional, como medida exclusivamente jurídica, onde os cuidados em saúde ocupam aspecto secundário, fazendo com que a área da Saúde atue sob a égide da Justiça. A desinternação e a imposição de suas condições meramente punitivas representa um grande desafio para o cenário das execuções da medida de segurança com o aumento do número de reinternações, caracterizando o fenômeno do “revolving door” ou “porta giratória”, com gestão em “circuitos”, que geram “novos crônicos”, representada por uma categoria de indivíduos que não encontram lugar na família, na comunidade ou nas redes de assistência.

Palavras-chave: Pessoas com Transtorno Mental em conflito com a lei - Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - Medidas de Segurança – Reforma Psiquiátrica – Transinstitucionalização – Rede de Atenção Psicossocial.

LHACER, P.M.V. Transinstitutionalization: Paths and Misalignments in the Dynamics of Hospitalization and Disinternation of People with Mental Disorder in Conflict with the Law in the State of São Paulo. 2019. Thesis. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Portuguese.

ABSTRACT

The beginning of the 21st century is marked by several issues that correlate the problems of deprivation of liberty and its interface with Public Health, such as discussions about the problematic use of alcohol and other drugs and the increasing incarceration of these individuals, as well as the theme. the so-called “insane offender” who, despite the Psychiatric Reform, still has no access to his fundamental rights. The present work has as its central problem to investigate, in the light of the principles of Psychiatric Reform, how the dynamics of the transference of hospitalized people in the Custody and Psychiatric Treatment Hospitals of the State of São Paulo to the Common Psychiatric Hospitals, Psychosocial Care Centers and Therapeutic Residences, under court order. It aims to identify the motives that determine transfers, their legality, as well as the discourses of the legal, psychiatric and mental health areas that constitute around the person with mental disorder in conflict with the law and to characterize how the relationship between Justice and Health in the dynamics of these transfers as a legal-health mechanism, identifying implications, scope and limitations and the place of transinstitutionalization in this process. From the methodological point of view, this is a documentary and qualitative research. As documents were identified judgments, proceedings for criminal enforcement of security measure and cases of compulsory detention, among others of a civil nature, related to people with mental disorder in conflict with the law, who are processing or proceeding in the Court of Justice of the State of São Paulo. It is linked to emerging issues of documentary research, conducting in-depth interviews via Thematic Roadmap, with two groups of research subjects, legal professionals, as well as health professionals, with work experience related to Thematic The discussion and interpretation of data and narratives reveal that

the notion of dangerousness was presented as a central axis for the determination of transfers, permeating discourses of professionals from the legal and psychiatric area and from the psi area, who act in the processes related to this population. The mental health discourses of health professionals, outside the sphere of justice, in the model of psychosocial care are presented as a necessary and possible way for the so-called “crazy offender” to pass from an individual tutored by the state to a subject of rights. The practice of compulsory hospitalization with interdiction, after the extinction of the security measure, is a limiting aspect for transinstitutionalization, as well as conditional disinternation, as an exclusively legal measure, where health care occupies a secondary aspect, causing the Health area acts under the aegis of Justice. The disinternation and imposition of its merely punitive conditions represents a major challenge for the scenario of executions of the security measure with the increase in the number of readmissions, characterizing the phenomenon of revolving door with management in “Circuits,” which generate “new chronicles,” represented by a category of individuals who find no place in the family, community, or care networks.

Key words: Crazy Offender - People with Mental Disorder in conflict with the law – Hospitals of Custody and Psychiatric Treatment - Security Measures - Psychiatric Reform - Transinstitutionalization – Psychosocial Care Network.

SUMÁRIO

SOBRE A ESCOLHA DO TEMA.....	14
1. INTRODUÇÃO: SOBRE A PROBLEMATIZAÇÃO DO TEMA DA PESQUISA E CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	16
1.1. CRIME E LOUCURA: O PRIMADO DA PUNIÇÃO SOBRE O DIREITO À SAÚDE COMO UMA RELAÇÃO EM QUESTÃO	16
1.1.1. Crime, Loucura e Perigo: a concepção de Periculosidade em questão	19
1.1.2. O Código Penal Brasileiro no contexto de sua emergência: a medida de segurança e suas controvérsias na prática jurídica	27
1.1.3. O “lôcus” do cumprimento da medida de segurança de internação: Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como “hospital-prisão”	40
1.2. A TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO: NOVOS DEBATES, ANTIGOS PROBLEMAS	48
1.2.1. A transinstitucionalização: afinal como conceituá-la?	48
1.2.2. Dos possíveis processos da Transinstitucionalização no contexto das medidas de segurança no Estado de São Paulo	59
2. HIPÓTESE E OBJETIVOS	67
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	68
3.1. NATUREZAS DA PESQUISA	68
3.2. SOBRE A PESQUISA DOCUMENTAL	68
3.2.1. Fases e Tratamento dos Dados.....	69
3.2.2. Interpretação de acórdãos e documentos processuais.....	74
3.3. SOBRE A PESQUISA QUALITATIVA.....	75
3.3.1. Sujeitos da Pesquisa	76
3.3.2. Tratamento e Análise das Narrativas	77
3.4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	79
4. TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO, PERFIS E TRAJETÓRIAS PROCESSUAIS DO “LOUCO INFRATOR” EM ACÓRDÃOS E PROCESSOS CÍVEIS E CRIMINAIS.....	81
4.1. O MAPEAMENTO DOS ACÓRDÃOS: SOBRE A IDENTIFICAÇÃO DE SUJEITOS ENCARCERADOS EM HCTPS E SUAS CONDIÇÕES PROCESSUAIS NAS TRAMAS DA TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	81
4.2. O MAPEAMENTOS DOS PROCESSOS CÍVEIS E CRIMINAIS: DESVELANDO PERFIS E TRAJETÓRIAS PROCESSUAIS DOS SUJEITOS ENCARCERADOS NAS REDES DA JUSTIÇA.....	114

4.2.1. Os Processos de Execução Criminal: desvelando os desafios para o cumprimento das condições na desinternação condicional	114
4.2.2. Os Processos Cíveis: desvelando novos desafios para os sujeitos encarcerados em HCTPs.....	133
4.3. A ETERNA BUSCA PELA CERTIFICAÇÃO DA CESSAÇÃO DA PERICULOSIDADE NOS DOCUMENTOS PROCESSUAIS COMO DESAFIO PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	146
4.3.1. A produção de laudos de verificação de periculosidade no contexto do HCTP.....	146
4.3.2. Sobre trajetórias de vidas de sujeitos institucionalizados nas Redes da Justiça e da Saúde.....	155
4.3.2.1. <i>As Internações Compulsórias pela Justiça Cível como limitação ao processo de Transinstitucionalização</i>	158
4.3.2.2. <i>A trajetória de João: As Ações Cíveis propostas pela Defensoria e os desafios para o processo de Transinstitucionalização</i>	174
4.3.2.3. <i>A Desinternação Condicional com prescrição de tratamento ambulatorial pela Justiça Criminal como possibilidade de transinstitucionalização</i>	176
4.3.3. A Pesquisa Documental em Síntese: o “Louco Infrator” na perspectiva do Estado Penal.....	195
5. DA TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NAS AMARRAS DA PERICULOSIDADE EM DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DA JUSTIÇA E DA SAÚDE	217
5.1. O CONCEITO DE PERICULOSIDADE E SUAS CONTROVÉRSIAS	217
5.2. A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO VIA PROCESSOS DE TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO: UM CAMINHO POSSÍVEL?.....	229
5.2.1. Sobre a transinstitucionalização e seus processos: a internação compulsória.....	229
5.2.1.1 – <i>As ações de Internação Compulsória e a divergência entre os laudos psiquiátricos e os relatórios multidisciplinares</i>	237
5.2.2. Sobre a transinstitucionalização e seus processos: a desinternação condicional.....	240
5.2.3. Os Lugares da Saúde na Transinstitucionalização	246
5.2.4. Lugares e Olhares da Saúde	255
5.2.5. PNAISP e EAP como dispositivos interministeriais no tratamento e cuidado ao “louco infrator”: um caminho possível para a desinstitucionalização?.....	262
6. DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS À ABERTURA DE QUESTÕES	270
7. REFERÊNCIAS	282
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	294
ANEXO II - ROTEIRO TEMÁTICO	297

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
EAP - Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei
EMPAP - Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial
HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
LEP – Lei de Execução Penal
MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
PAI – PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RT - Residências Terapêuticas
SAP – Secretaria de Administração Penitenciária
SES - Secretaria Estadual de Saúde
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

Gráfico 01 - Número de Acórdãos por Grupo.....	p. 87
Gráfico 02 - Número de Acórdãos <i>versus</i> Parte que interpôs Recurso.....	p. 87
Gráfico 03 - Número de Acórdãos julgados por Ano.....	p. 88
Gráfico 04 - Grupo de Acórdãos por Ano.....	p. 88
Gráfico 05 - Ano do Julgamento <i>versus</i> Parte que Interpôs do Recurso.....	p. 89
Gráfico 06 - Categoria Desinternação Mantida <i>versus</i> Ano e Parte que interpôs o recurso.....	p. 92
Gráfico 07 - Categoria Desinternação Mantida <i>versus</i> Local indicado para Tratamento Ambulatorial e ano de julgamento do recurso.....	p. 93
Gráfico 08 - No. de acórdãos que determinam a reinternação pelo descumprimento das condições na desinternação <i>versus</i> ano de julgamento do recurso.....	p. 101
Gráfico 09 - Acórdãos que concederam, ou não, o indulto/ano de julgamento.....	p. 106
Tabela 01 – Dados sociodemográficos, jurídicos e processuais de sujeitos constantes nos processos pesquisados.....	p. 117
Tabela 02 – Idade dos indivíduos, em 2018.....	p. 120
Tabela 03 – Delitos que teriam sido praticados pelos indivíduos, para determinação de sua internação.....	p. 120
Tabela 04 – Principal diagnóstico dado aos indivíduos, conforme laudo pericial ..	p.121
Tabela 05 – 1º. Grupo: Indivíduos em cumprimento das condições impostas na desinternação condicional.....	p.124
Tabela 06 – 2º. Grupo: Indivíduos em situação indefinida pelo não cumprimento das condições impostas no período de desinternação condicional.....	p.127
Tabela 07 – 3º. Grupo: Indivíduos com mandado de internação ou de captura expedidos para reinternação	p.131
Tabela 08 – 4º. Grupo: Indivíduos reinternados.....	p.132
Tabela 09 – Indivíduos com ações propostas pela Defensoria Pública para pleitear vaga em Hospital Psiquiátrico	p.136
Tabela 10 – Indivíduos com Ações de Internação Compulsória com Interdição propostas pelo Ministério Público.....	p.137
Tabela 11 – Indivíduos desinternados e reinternados, com data da 1ª. internação e 1ª. desinternação.....	p. 207

SOBRE A ESCOLHA DO TEMA

O término da dissertação de Mestrado com o título “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” trouxe a constatação de que o posicionamento que eu defendia, em termos jurídicos, sobre a derrogação da legislação penal relacionada à medida de segurança pela lei 10.216/10 não era uma realidade nos Tribunais Paulistas.

A aplicação da Lei 10.216/01 na seara das medidas de segurança, na porta da entrada, representava o primeiro passo para uma mudança no cenário paulista, cada vez mais encarcerador.

Entretanto, a Lei da Reforma Psiquiátrica, ao contrário do esperado (ou não, uma vez que não se podia esperar outro efeito, na perspectiva de um Estado Penal), começava a ser aplicada contrariamente aos propósitos para os quais ela foi aprovada, sendo utilizada para o Ingresso de Ações de Internação Compulsória, fora do contexto das medidas de segurança, ao mesmo tempo que a estrutura prisional paulista crescia, com a instalação de Alas Psiquiátricas, que visariam facilitar e agilizar a realização de laudos de cessação de periculosidade.

Assim, a solução estatal apresentada não era a de romper com o paradigma da periculosidade, mas de reforçá-lo, com espaços improvisados, em que o novo modelo de assistência se resumia a equipes de profissionais que trabalham nos HCTPs de Franco da Rocha e, portanto, poderiam realizar atendimentos nas unidades prisionais próximas.

A proposta do SAIPEMS – Sistema de Atenção Integral às Pessoas em Medida de Segurança – idealizado para São Paulo, nos moldes do PAILI e PAI/PJ, dependente muito mais da ação de pessoas do que de compromissos institucionais, esvaziou-se.

Para muitos juristas e autores da Reforma Psiquiátrica, a questão central sempre esteve relacionada à chamada “porta de entrada” dos HCTPs, ou seja, impedir que novas pessoas fossem internadas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, mas não era a realidade vivenciada pelo estado de São Paulo, o estado

da Federação com o maior número de pessoas internadas em números absolutos, no país e com a maior estrutura prisional voltada para o encarceramento das pessoas em medida de segurança.

A questão da “porta de saída” por não se apresentar como alternativa viável para a resolução do problema do chamado “louco infrator” parecia não ganhar espaço no debate acadêmico, sendo que ela já se apresentava como problemática na pesquisa do Mestrado, sobretudo, naquilo que se denominava de transinstitucionalização.

Assim resolvi debruçar-me sobre a denominada “porta de saída”, aquela que parecia estar sempre fechada. Aquela porta que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei pareciam continuar a bater, com a esperança de que possa ser aberta.

1. INTRODUÇÃO: SOBRE A PROBLEMATIZAÇÃO DO TEMA DA PESQUISA E CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

1.1. CRIME E LOUCURA: O PRIMADO DA PUNIÇÃO SOBRE O DIREITO À SAÚDE COMO UMA RELAÇÃO EM QUESTÃO

No início do século XXI, ganhou espaço a discussão sobre a relação entre Crime e Loucura iniciada já no final do século XX, trazendo profundas críticas ao instituto da medida de segurança e, conseqüentemente, aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Do ponto de vista político-institucional e jurídico, existe o debate que permeia a noção de “periculosidade” desses indivíduos, buscando-se abandonar o discurso de defesa social que existe em torno das medidas de segurança e contextualizá-los dentro da noção de “populações vulneráveis”, típica dos séculos XX e XXI.

Os denominados “loucos infratores” passam a ser designados como “pessoas adultas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei” ou “pessoas adultas portadoras de sofrimento psíquico” em diversos documentos científicos e estatais, conforme aponta SILVA e COSTA-MOURA (2013).

Tal mudança aponta a intencionalidade de que tais indivíduos sejam vistos sob uma perspectiva de proteção dos direitos humanos, uma vez que a Reforma Psiquiátrica visa a superação dos “Manicômios Judiciários” e do que ele representa, bem como o fim da estigmatização do “louco infrator”, como indivíduo duplamente perigoso e, portanto, despido de direitos fundamentais.

O reconhecimento da cidadania da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei perpassa o entendimento de que tais indivíduos não sejam objetos protocolares da atuação entre Poder Judiciário e das áreas *psi*, mas sim pessoas com necessidades singulares e detentoras de direitos, devendo ser acolhidas em suas diferenças e não vistos como desiguais.

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, p. 458) há “a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades” e para isso é forçoso reconhecer o “louco infrator” como sujeito singular de direitos.

Tal discussão perpassa pela questão da desinstitucionalização, conforme excerto a seguir:

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).

Apesar da aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216/01, o cenário jurídico ainda é permeado por uma lógica punitiva, com o primado da dogmática penal sobre o direito à saúde, fazendo com que na assistência dispensada ao “louco infrator” predomine o aspecto carcerário, por um lado, e o aspecto hospitalocêntrico e asilar, por outro.

Além disso, ao contrário do esperado com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, há uma tendência crescente no número de internações nos HCTPs no cenário nacional (CARVALHO, 2013), inclusive com a construção de seis novos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos ou Alas de Tratamento Psiquiátrico, construídas no interior de presídios, para a custódia de pessoas em cumprimento de medida de segurança (KOLKER, 2016).

O aumento das internações parece estar relacionado à aprovação da 12.403/11, que alterou o Código de Processo Penal, permitindo a aplicação da medida cautelar de internação, ou seja, antes mesmo da conclusão definitiva do processo e ao aumento das internações relacionadas às pessoas com histórico de uso problemático de álcool e outras drogas, conforme considerado por KOLKER (2016).

Em relação aos HCTPs paulistas, o Relatório “Hospitais-Prisão: Notas sobre os Manicômios Judiciários de São Paulo”, elaborado pela Pastoral Carcerária, em agosto de 2018, aponta que o número de internos que possuem envolvimento com drogas tem se mostrado crescente ao longo dos últimos anos.

Segundo dados estatísticos do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), em 2016, no Estado de São Paulo, 1% da população carcerária encontrava-se cumprindo medida de segurança de internação, ou seja, 2.400 pessoas encontravam-se internadas em HCTPs e em alas psiquiátricas instaladas no interior de presídios comuns, consignando-se que foram instaladas 4(quatro) alas psiquiátricas no Estado de São Paulo, desde 2016.

Nesse mesmo ano, segundo o DEPEN, a população carcerária brasileira era de 726.712 pessoas, sendo que 240.061 correspondiam aos presos do Estado de São Paulo, tendo o Brasil a 3ª. população carcerária do mundo, com um crescimento da taxa de encarceramento de 157%, de 2000 a 2016.

Esse índices de superencarceramento devem ser contextualizados no cenário da passagem do século XX para o século XXI, marcado pela substituição do Estado de Bem Estar Social pelo Estado Penal, em que a denominada “Guerra contra o Crime” apenas serviu de pretexto para uma reformulação das funções do Estado, resultando na diminuição de seus componentes de assistência (“Welfare”) e no crescimento dos seus setores policiais, jurídicos e correccionais, caracterizado pela ideia de um Direito Penal Máximo, com edição de leis mais severas e redução de penas alternativas, pelo discurso de “Lei e Ordem”, políticas proibicionistas relacionadas ao combate às drogas e superencarceramento (WACQUANT, 1999; 2001).

Essa “Guerra contra o Crime”, ao contrário do que se espera, não é realizada contra crimes em geral, mas empreendida contra crimes cometidos nos espaços periféricos, nos espaços de exclusão social. Assim, são os “crimes de rua cometidos em bairros de classes desfavorecidas e segregadas das metrópoles” e , portanto, a população encarcerada será a população excluída do mercado de trabalho, caracterizada como “os negros e pobres presos aos centros das cidades, um dia industrializados, agora degradados” (WACQUANT, 2008b, p. 11), fazendo com que a prisão seja apenas uma instrumento para a administração dessa pobreza (WACQUANT, 1999; 2001).

O contexto da aplicação da medida de segurança e o consequente encaminhamento para a internação em HCTPs está permeado, portanto, por um lado, pelo cenário da Reforma Psiquiátrica e suas diretrizes antimanicomiais, o que representaria possibilidades de desinstitucionalização para os internos e formas

alternativas à internação e, por outro lado, pelo cenário ainda marcado pela aplicação das normas penais e o pressuposto da periculosidade, com perspectivas cada vez mais punitivas e encarceradoras, diante da chamada “guerra contra o crime”.

1.1.1. Crime, Loucura e Perigo: a concepção de Periculosidade em questão

O Código Penal aprovado em 1940, sob a vigência do Estado Novo, passou por algumas reformulações em 1984, e, de acordo com o atual sistema vigente, os indivíduos com deficiência ou transtorno mental que cometem delitos, se considerados inimputáveis, são submetidos à denominada medida de segurança.

A atual legislação brasileira estabelece que para um indivíduo ser considerado inimputável deve ser incapaz de entender o caráter ilícito do fato (elemento intelectual) ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ao tempo da ação ou omissão delituosa (elemento volitivo), conforme estabelece o artigo 26, do Código Penal.

Já o semi-imputável, segundo o parágrafo único do mesmo artigo acima referido, o chamado “fronteiriço”, seria o agente que, “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” (BRASIL, 1984).

O indivíduo considerado semi-imputável poderá ter sua pena privativa de liberdade reduzida de 1/3 a 2/3, mas se por suas condições pessoais demonstrar que necessita de “tratamento curativo”, a depender do critério do juiz, a partir do laudo psiquiátrico, cumprirá medida de segurança.

O Código Penal adotou o critério biopsicológico para fixação da inimputabilidade, o que significa que deva existir, para sua caracterização, a conjunção de dois fatores, a existência de uma enfermidade ou transtorno mental (fator biológico), que no momento da ação ou da omissão, levou o agente a ser incapaz de possuir um entendimento sobre o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, abarcando o aspecto do sistema psicológico.

Sob a ótica do Direito Penal Brasileiro, a imputabilidade (ou capacidade de culpabilidade) compõem a chamada culpabilidade, um dos elementos do crime,

que seria definida como um juízo de reprovabilidade dirigido contra um indivíduo que cometeu um ato considerado contrário ao ordenamento jurídico, isto é, para que o agente possa ser responsabilizado pressupõe-se um fato típico e antijurídico.

O denominado conceito analítico de crime requer a identificação dos elementos ou características do crime, sem que se perca a noção de seu todo e, segundo posição majoritária, crime seria definido como fato típico, antijurídico e culpável, adotando-se a chamada teoria tripartida, que define crime como:

conduta humana individualizada mediante um dispositivo legal (tipo) que revela sua proibição (típica), que por não estar permitida por nenhum preceito jurídico (causa de justificação) é contrária ao ordenamento jurídico (antijurídica) e que, por ser exigível do autor que atuasse de outra maneira nessa circunstância, lhe é reprovável (culpável) (ZAFFARONI, 2012, p. 324).

A concepção de culpabilidade apresentaria dois momentos específicos: um cognoscivo ou intelectual caracterizado pela capacidade de compreensão do ato injusto, e outro volitivo ou de vontade, representado pela possibilidade da determinação da vontade conforme essa compreensão, sendo que somente os dois momentos, conjuntamente, constituem a denominada capacidade de culpabilidade (BITENCOURT, 2009, p. 375).

Assim, a culpabilidade, ao lado da tipicidade e da antijuridicidade, é um dos elementos ou características do crime, pressupondo a imputabilidade, a capacidade ou aptidão para ser culpável e, portanto, é pressuposto para a responsabilização jurídico-penal, isto é, da aplicação da pena.

Aos indivíduos inimputáveis, que não podem ser responsabilizados, diante de sua inimputabilidade, aplica-se a medida de segurança, cujo pressuposto é a periculosidade, conceito que estaria relacionado à probabilidade de que o sujeito volte a cometer novos delitos, conforme apresentado na Exposição de Motivos do Código Penal de 1940, o que é realizado por meio de uma perícia psiquiátrica.

A falta de cientificidade do conceito de periculosidade, mas sua ampla aceitação e aplicação na seara das medidas de segurança, constituem um desafio para a aplicação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e, portanto, compreender sua concepção e sua relação com o binômio loucura-crime, se impõe.

As monomanias de Pinel, a degeneração de Morel e o criminoso nato de Lombroso são compreendidos por FOUCAULT (2006b) como o percurso traçado para a gênese da construção do “indivíduo perigoso”, o que é, igualmente, aceito por

CARRARA (1998) e DE BARROS-BRISSET (2011), em seus estudos sobre “Manicômios Judiciários” e Periculosidade.

No século XIX com seus discursos racionais científicos, o homem tornou-se fonte e objeto de estudo, em que a aliança dos saberes de diferentes disciplinas, como a Psiquiatria e o Direito passarão a gerir a concepção da noção de indivíduo perigoso, a partir das discussões sobre crime e loucura.

Essa parceria entre Psiquiatria e Direito, no século XIX, teria surgido por motivações distintas, pois, de um lado, a Psiquiatria, como área da Medicina, buscava ampliar a sua atuação como forma de controle do corpo social e, de outro lado, o Direito buscava respostas para a questão da responsabilização penal, o que podemos constatar nas colocações a seguir:

Nesse contexto, surgiu a psiquiatria, que se viu diante da necessidade de ser reconhecida como uma modalidade de saber, com o poder de atuar no campo da medicina enquanto higiene pública. O direito também se organizava em torno do saber sobre o homem criminoso, não bastando mais apenas o crime e a pena que a ele corresponderia para executar sua função punitiva, tendo necessidade de saber por que punir, ou seja, saber da natureza do criminoso (DE BARROS-BRISSET, 2011, p. 38).

A percepção sobre a loucura nem sempre esteve relacionada às questões médicas ou do campo do Direito, pois, na Idade Média, por exemplo, com o predomínio dos castigos religiosos, em que os Tribunais Inquisitoriais funcionavam como mecanismos de perseguição e condenação para uma parcela indistinta de indivíduos, considerados hereges, a loucura não é vista “como um mal em si, e sim uma teoria sobre o mal” (DE BARROS-BRISSET, 2011, p. 43).

Nesse sentido, a loucura seria uma espécie de manifestação do mal sobre o indivíduo, não sendo intrínseca ao indivíduo, mas manifesta-se nele e daí a necessidade da criação de determinados mecanismos para identificá-lo e eliminá-lo, como os rituais de purificação.

Já nos séculos XV e XVI, com o Renascimento e antropocentrismo, o conhecimento se volta para a natureza do homem e a ciência “renasce” e, nesse contexto, a loucura irrompe como aquela que traz em si um saber próprio sobre a natureza do homem, como algo que faz parte dele, de sua natureza, portanto como atributo da natureza humana, iniciando-se, assim, uma fase de “transposição do mal demoníaco para o mal psíquico” (DE BARROS-BRISSET, 2011).

Entretanto, a noção de loucura ainda estará permeada pela ideia de uma possessão demoníaca, de um lado, e como privação da razão, de outro, implicando leituras sobre a loucura, que ora estavam orientadas por diagnósticos organicistas, ora pelo metafísico.

O espaço reservado para a “loucura” foi institucionalizado, sobretudo, a partir do chamado “Grande Internamento” da Idade Clássica (séculos XVII e XVIII), conforme observado por FOUCAULT (2010a), momento em que se criaram asilos por toda a Europa para encaminhamentos daqueles que fossem considerados, portanto, com comportamentos divergentes ou inúteis para a ordem econômica, social e moral vigentes, como mendigos, prostitutas, desempregados, portadores de doenças venéreas, suicidas, blasfemadores. A loucura se perde por entre um número variado de outras experiências que têm em comum com a loucura a desrazão, o desatino (PROVIDELLO e YASUI, 2013, p. 1518).

Para FOUCAULT (2006b, p.23), a cena fundadora da Psiquiatria moderna, que se inaugurou no início do século XIX, é a cena de Pinel tirando as correntes que prendiam os “loucos furiosos” do fundo da masmorra. Esses furiosos, esse mal solto exprimem o reconhecimento de Pinel de que entrariam no caminho da cura, o que representaria não uma cena de humanismo, mas uma relação de poder, de acordo com suas colocações, a seguir:

Quando Pinel liberta os doentes encerrados nas masmorras, trata-se de estabelecer entre o libertador e os que acabam de ser libertados certa dívida de reconhecimento que vai e deve ser paga de duas maneiras. Primeiro, o libertado vai saldar sua dívida contínua e voluntariamente pela obediência; vai-se, portanto, substituir a violência selvagem de um corpo, que só era contida pelos grilhões, pela submissão constante de uma vontade a outra. Em outras palavras, tirar as correntes é realizar por intermédio de uma obediência reconhecida algo como uma sujeição. E a dívida será saldada de uma segunda maneira, desta vez involuntariamente da parte do doente. É que, a partir do momento em que ele foi assim sujeitado, em que o saldo voluntário e contínuo da dívida de reconhecimento o leva a submeter-se à disciplina do poder médico, o próprio jogo dessa disciplina e nada mais que a sua força vão fazer o doente curar-se (FOUCAULT, 2006b, p. 36).

Pinel e seu “Tratado médico-filosófico sobre a mania” transformariam a loucura em assunto médico e permitiriam a equiparação entre loucura e doença mental, uma vez que a loucura será concebida como consequência das paixões exacerbadas e dos excessos emocionais do indivíduo, a partir da manifestação de uma certa desorganização mental e intelectual.

O “alienado mental”, vítima de disfunções psíquicas, será submetido a um “tratamento moral”, que deveria representar uma forma de correção dos erros na lógica do pensamento e raciocínio daqueles que se afastavam da norma admitida como correta, onde o asilo é “domínio religioso, sem religião, domínio da moral pura, da uniformização ética” (FOUCAULT, 2006b, p. 487).

Para FOUCAULT (2006b) , a intervenção da psiquiatria no âmbito penal ocorreu no início do século XIX, a propósito de uma série de casos similares ocorridos entre 1800 e 1835, caracterizados por serem crimes graves de assassinatos no âmbito doméstico, mas sem que fossem precedidos de sinais visíveis da loucura e sem que existisse razão para o seu cometimento.

Esses crimes revelariam a ideia de indivíduos caracterizados como “grandes monstros”, inaugurando a patologia do criminoso, conforme suas colocações, a seguir:

O indivíduo, no qual loucura e criminalidade se associam e colocam o problema de suas relações, não é o homem da pequena desordem cotidiana, a pálida silhueta que se move nos confins da lei e da norma, mas sim o grande monstro. No século XIX, a psiquiatria do crime se inaugurou por uma patologia do monstruoso (FOUCAULT, 2006b, p. 7).

Esses indivíduos vistos como “grandes monstros” terão na Psiquiatria de Pinel e Esquirol uma resposta. São casos de “monomania homicida”, em que os indivíduos apresentam um déficit moral intrínseco, mas uma faculdade intelectual intacta, restando-lhes o tratamento moral pineliano. No momento em que a sociedade já não aceitava os castigos físicos ou considerados degradantes, a Justiça deixa de aplicar sanção a esses indivíduos para que a Psiquiatria passe a exercer seu poder sobre os “loucos”, confiando-os, portanto, à prisão psiquiátrica (FOUCAULT, 2006b).

Os casos de “monomania homicida” teriam representado um marco para a ideia de uma loucura perigosa por si. Diante do conceito de alienação mental com base na tese do déficit moral intrínseco, a doença mental poderia representar atos de violência e crueldade e, assim, teremos a ideia de uma loucura perigosa, que passará aos domínios da Psiquiatria, impondo-se a sua não responsabilização no âmbito do Direito Penal.

A noção de monomania, pouco antes de 1870, foi sendo abandonada, diante da negativa de que a loucura pudesse ser parcial e, portanto, somente fosse desencadeada em determinados momentos, pois ela não estaria vinculada necessariamente a um dano do pensamento ou da consciência, mas à afetividade e aos instintos, deixando quase intactas as fórmulas do pensamento (FOUCAULT, 2006b).

As teorias de Morel sobre hereditariedade e loucura representariam a passagem do “louco moral” para “degenerado moral”, em que as doenças mentais são fruto de uma “evolução complexa e polimorfa” (FOUCAULT, 2006b, p. 16), que poderia ser observada individualmente e coletivamente:

Pelo fato de se poder definir essa grande ramificação evolutiva, já não era mais preciso opor os grandes crimes monstruosos e misteriosos, que remeteriam à violência incompreensível da loucura e ao pequeno delito, muito frequente e familiar para que se tenha necessidade de recorrer ao patológico. Desde então, quer se tratasse de incompreensíveis massacres ou de pequenos delitos (relativos à propriedade ou à sexualidade), de qualquer modo, é possível supor uma perturbação mais ou menos grave dos instintos ou dos estágios de um desenvolvimento interrompido (assim, vemos surgir no campo da psiquiatria legal as novas categorias da necrofilia, por volta de 1840, da cleptomania, em torno de 1860, do exibicionismo, em 1876; ou ainda a consideração, por essa psiquiatria, de comportamentos tais como a pederastia ou o sadismo). Há, portanto, pelo menos em princípio, um *continuum* psiquiátrico e criminológico, que permite interrogar em termos médicos qualquer grau da escala penal. A questão psiquiátrica não é mais situada em alguns grandes crimes; mesmo que se deva dar a ela uma resposta negativa, convém situá-la dentre todo um domínio das infrações (FOUCAULT, 2006b, p. 16).

Portanto, a categoria de “criminosos perigosos” não estava mais adstrita aos “grandes monstros” da monomania homicida, mas passariam a ser representados por criminosos que cometiam crimes menores, mas, igualmente, estariam incluídos em um rol de comportamentos considerados desviantes e apresentando-se como perigo social. Essa compreensão médico-psiquiátrica sobre o crime e a loucura é salientada por CARRARA (2010):

Ao longo do século XIX, a psiquiatria expandiu suas categorias nosológicas e, conseqüentemente, abarcou nos quadros da alienação mental um número crescente de comportamentos desviantes, que até então tinham sido apenas objeto da moral, da ética, da lei. Através de categorias como as de monomania ou degeneração, vários crimes começaram a ser compreendidos medicamente, e já se percebia inclusive uma zona fronteira, onde crime e loucura se confundiam, ou melhor, onde o crime podia ser interpretado como resultante de um psiquismo perturbado ou anômalo. Através da degeneração, o crime como desvio moral pôde

também ser compreendido enquanto disfunção orgânica (CARRARA, 2010, p. 23).

Cesare Lombroso, considerado o fundador da Antropologia Criminal, a partir de seus estudos baseados na frenologia e antropometria, típicas do século XIX, buscou encontrar uma explicação causal no comportamento antissocial com a sua concepção de criminoso nato.

O criminoso nato de Lombroso era um ser atávico, o que levaria ao seu reconhecimento por uma série de estigmas físicos, como assimetria do rosto, orelhas grandes, características sexuais invertidas, tatuagens, irregularidades nos dedos, etc., chegando a acreditar que o criminoso nato era uma subespécie do homem, com características físicas e mentais particulares e específicas.

Os estudos de Lombroso sobre as causas biopsíquicas do crime iniciaram estudos diversos, que impactaram os conceitos de liberdade e, portanto, da responsabilidade criminal, até então, fundada no livre-arbítrio, uma vez que os criminosos natos passariam a ser considerados como indivíduos incorrigíveis e degenerados e determinados ao crime por forças que eles não poderiam controlar.

A questão é a de que esse homem que se apresenta, de Pinel até Lombroso, apresenta-se como um homem com um déficit moral intrínseco na loucura, o que faz dos loucos indivíduos intrinsecamente perigosos e, portanto, representantes de um risco inerente para a sociedade. Assim, haverá uma concepção unânime sobre a periculosidade intrínseca à loucura (DE BARROS-BRISSET, 2011).

A resposta jurídica formulada pelo Direito Penal para a responsabilização desses indivíduos virá da incorporação dos conceitos de acidente, risco e responsabilidade típicas do direito civil, fazendo com que as teses da antropologia criminal estejam plenamente arraigadas ao pensamento e prática penal no campo da responsabilização, a partir da do século XIX, como afirmado por FOUCAULT (2006b).

No direito civil, com o aumento dos acidentes relacionados a transporte, tornou-se difícil a determinação da culpa do responsável por tal fato e, portanto, de quem deveria arcar com o pagamento da indenização. Assim, partindo-se do pressuposto que o risco é inerente ao negócio e de que nunca poderia ser eliminado, mas apenas diminuído, a fixação do pagamento da indenização deveria ocorrer independentemente da apuração da culpa, com caráter não punitivo, mas como forma de prevenção e de proteção de riscos inevitáveis.

Essa ideia de responsabilização sem culpa e da fixação de uma punição como prevenção, que na seara penal será revestida como ideia de defesa social, contra indivíduos “perigosos”, será exposta pela primeira vez por Prins, em 1905, no X Congresso Internacional de Direito Penal de Hamburgo e isso representará o deslocamento do julgamento “do crime ao criminoso, do ato efetivamente cometido ao perigo virtualmente implícito no indivíduo, da punição modulada do réu à proteção absoluta dos outros”, conforme considerado por FOUCAULT (2006b, p. 18):

A punição não terá então por finalidade punir um sujeito de direito que terá voluntariamente infringido a lei; ela terá o papel de diminuir, na medida do possível - seja pela eliminação, pela exclusão, por restrições diversas, ou ainda por medidas terapêuticas -, o risco de criminalidade representado pelo indivíduo em questão (FOUCAULT, 2006b, p. 22).

Dessa forma, a partir da antropologia criminal, no início do século XX, as proposições trazidas pelo Direito Penal são de “medidas de proteção social”, “seja de eliminação definitiva (pela morte ou pelo encarceramento em uma instituição), seja de eliminação provisória (com tratamento), seja a eliminação de qualquer modo relativa e parcial (esterilização, castração)”, nos casos em que os agentes fossem considerados doentes mentais e, portanto, perigosos, abandonando-se completamente a noção jurídica de responsabilidade e de liberdade do indivíduo e deslocando-a para o grau de periculosidade que ele constitui para a sociedade (FOUCAULT, 2006b, p.18).

Nesse sentido, a “pena” não deve ser uma punição, mas um mecanismo de defesa da sociedade, estabelecendo-se, assim, uma relação direta entre periculosidade e defesa social, o que representará uma eterna aliança entre Direito e Psiquiatria, criando uma nova tecnologia de controle denominada medida de segurança, como uma medida preventiva para o estado perigoso do indivíduo portador do déficit moral e uma forma de gestão dos riscos em sociedade.

A “medida de segurança” terá tempo indeterminado até a cessação do estado perigoso, o que é estabelecido, inclusive pela nossa atual legislação penal.

1.1.2. O Código Penal Brasileiro no contexto de sua emergência: a medida de segurança e suas controvérsias na prática jurídica

As teorias em torno da monomania, da degeneração e da criminalidade nata, que buscavam explicar a loucura e a doença, acabavam por questionar os limites da liberdade de ação dos indivíduos, uma vez que agiriam de acordo com certas tendências naturais e isso impactou, definitivamente, o sistema jurídico penal liberal, fundado no livre-arbítrio e nos ideais de penas proporcionais e igualitárias.

A denominada Escola Clássica¹ do Direito Penal, opondo-se à existência de penas consideradas cruéis ou violadoras dos direitos individuais do cidadão, como as penas corporais ou de deportação, que imperavam no século XVIII, passou a defender uma reforma na legislação penal vigente, inspirada nos princípios iluministas.

Para a Escola Clássica, o homem é dotado de razão e liberdade. A razão é percebida como a capacidade de compreensão e intelecção e a liberdade é entendida como aquela condição de que o sujeito não está determinado previamente em suas ações – o livre-arbítrio – uma vez que o homem teria o poder de tomar decisões segundo seu próprio discernimento.

O livre-arbítrio, concebido como princípio da liberdade natural do homem, é o que fundamentaria a aplicação do direito penal e a chamada “imputabilidade moral”, pois somente aquele indivíduo que praticasse uma conduta livre e consciente poderia ser penalmente responsável pelo fato praticado. O homem moral, dotado de livre-arbítrio, era o homem que deveria ter a sua culpa aferida, isto é, poderia ter a ele imputada uma conduta delituosa.

O crime, em essência, passa a ser visto como um ente jurídico, como a violação de um direito e a pena, diante do pressuposto da culpabilidade do indivíduo, seria imposta como forma de restaurar a ordem externa violada pelo crime, observando-se, sempre, a sua proporcionalidade diante do delito praticado.

A pena, vista como retribuição da culpa moral, diante do indivíduo que podia e sabia o que fazia no momento delituoso, não poderia ser aplicada aos

¹ As denominadas Escolas Penais, entendidas como correntes de pensamento filosófico-jurídico em matéria penal, refletem todas as discussões até aqui expandidas.

indivíduos que não possuíssem liberdade para a prática do delito:

De fato, ressaem dos conceitos filosóficos da escola clássica que um homem nunca poderia ser julgado por um crime que ele não quis ou não tinha condição de compreender, nem ser submetido a qualquer tipo de resposta penal em razão de fatos sobre os quais não teve responsabilidade, do ponto de vista subjetivo. Todo o fundamento do direito de punir, para os defensores dessa escola, estava arraigado na questão da responsabilidade subjetiva, sendo o livre-arbítrio o fundamento de tal responsabilidade. A pena seria a retribuição para aquele que, livremente, optou por descumprir a lei. Aquele que não tem liberdade para fazer essa opção está fora do direito penal, não se submetendo nem à sua jurisdição, nem às sanções por ele prescritas (JACOBINA, 2008, p. 129).

No final do século XIX, com o predomínio do pensamento positivista, de um lado, e com o surgimento de estudos biológicos e sociológicos, de outro, surge a Escola Positivista negando a ideia de livre-arbítrio.

A Escola Positivista incorporará os elementos das nascentes sociologias e antropologias do delinquente, o que implicará o entendimento de que os indivíduos estão submetidos ao determinismo biológico. Assim, os indivíduos não gozariam de liberdade, questionando-se, portanto, a ideia de livre arbítrio.

Se a Escola Clássica via um homem dotado de livre-arbítrio a quem protege o direito natural, os positivistas passaram à análise de um mundo determinado causalmente, incluída a vontade do indivíduo, não cabendo falar em livre arbítrio.

Na Escola Positivista a liberdade de ação e de decisão para o cometimento do crime perde relevância, pois passa-se a observar o delito e o delinquente como patologias sociais e, assim, a pena perde seu caráter retributivo e passa a ter um caráter utilitarista, voltada à personalidade do réu e, especialmente, à sua perigosidade (BITENCOURT, 2009, p. 56).

A Escola Positivista do direito penal do século XIX foi responsável pela formulação do binômio medida de segurança-periculosidade, a partir de seu enfoque pautado nas observações do mundo empírico, com as recentes descobertas das ciências biológicas, sua preocupação foi deslocada do crime para o criminoso, conforme observado por SHECAIRA (2004, p. 76) e por FOUCAULT (2006b) e já apontado no item anterior.

As obras do italiano Rafael Garofalo (1851-1934), no final do século XIX, influenciadas pelas ideias de Darwin são consideradas fundamentais para a gênese do que se consideraria como indivíduo “perigoso” e a noção de periculosidade, a partir

de seu conceito de temibilidade, explicitado a seguir:

A temibilidade implicava a perversidade constante do delinquente, bem como a quantidade de mal previsto que se deveria recear por parte do indivíduo perigoso, configurando-se a medida de segurança seu instrumento de contenção; nascia a relação temibilidade-medida de segurança. Com a análise dos exames que constataavam a inadaptabilidade social do delinquente, bem como seu perigo social, escolhia-se na medida de tratamento, o fim profilático a proteger a sociedade. A temibilidade era a justifica para a imposição do tratamento. Unificava os fins de proteção social e tratamento, alcançando a eficácia com obstrução de novos delitos (FERRARI *apud* TANGERINO, 2014, p. 59).

Para Garofalo, os indivíduos perigosos estariam circunscritos aos criminosos graves e aos considerados “indesejáveis (pequenos ladrões, prostitutas, homossexuais, bêbados, vagabundos, jogadores etc.), caracterizados, desde muito antes, como classes perigosas e depois batizadas como má vida” (ZAFFARONI, 2011b, p. 94).

Sob essa perspectiva, surge o discurso de “defesa social” como resposta para o crime, como proposto por Enrico Ferri (1856-1929), que concebe o direito do Estado defender-se dos indivíduos perigosos somente como meio de defesa, sem que a pena tivesse qualquer vinculação com a gravidade do delito praticado e, portanto, não estaria relacionada à ideia de uma retribuição pela infringência de normas jurídicas.

A teoria da defesa social parte da concepção de que o delito seria a expressão de uma personalidade antissocial e, portanto, da ideia de que existiriam criminosos habituais, diante dos quais o Estado não estaria subordinado à ideia de “normalidade” dos indivíduos e a imposição de penas proporcionais.

Ao retirar o fundamento do direito penal clássico e ao alterar a visão sobre o sujeito, a perspectiva conferida pelos positivistas tomou rumos opostos aos da Escola Clássica. A pena já não tinha significado ético ou jurídico, ela era vista como um excelente recurso de intervenção com vistas a proteger a sociedade contra criminosos. A pena, aliás, desaparece dando lugar às medidas de segurança.

Os antigos graus de imputação moral ou culpa são trocados por outra régua: a intensidade da defesa da sociedade dependeria do grau de probabilidade de que o sujeito cometesse o delito (TANGERINO, 2014, p. 61).

Com Franz von Liszt (1851-1919) e a chamada Escola Moderna Alemã é que teremos um verdadeiro marco na reforma do Direito Penal moderno, com a defesa

da ideia de prevenção especial da pena, sobretudo, na seara das medidas de segurança.

Von Liszt formulou o chamado “Programa de Marburgo” e a categorização de indivíduos em criminosos ocasionais, “corrigíveis” e “incorrigíveis”, tendo a pena uma função finalística, que deveria ser ajustada à natureza, à personalidade do delinquente.

A pena justa seria a pena necessária para evitar a prática de novos delitos e, nessa perspectiva, considera-se que existam indivíduos passíveis de ressocialização (a função preventiva especial positiva) e indivíduos incorrigíveis, os criminosos habituais, a quem caberia a imposição de medidas por tempo indeterminado, visando a neutralização desses indivíduos (a função preventiva especial negativa), que seriam as medidas de segurança.

Assim, diante da existência de indivíduos considerados incorrigíveis, os criminosos habituais, a eles deveriam ser impostas medidas por tempo indeterminado, visando a sua neutralização, revelando-se, assim, a importância da chamada função preventiva especial negativa da pena. A medida de segurança, nesse contexto, é vista como forma de proteger a sociedade contra os criminosos.

Para Von Liszt, os “incorrigíveis” deveriam ser considerados inimigos da ordem social, incluindo nessa categoria os “mendigos e vagabundos, prostituídos de ambos os gêneros, alcoólatras, bandidos e gente do submundo em sentido amplo, degenerados anímica e corporalmente” (CONDE, 2009, p. 15). Em suas palavras:

O elo certamente mais importante e perigoso dessa cadeia de patologias sociais, que denominamos sob o nome genérico de proletariado. Mendigos e vagabundos, prostituídos de ambos os gêneros, alcoólatras, bandidos e gente do submundo em sentido amplo, degenerados anímica e corporalmente. Todos esses constituem o exército de inimigos principais da ordem social, entre os quais os delinquentes habituais constituem o Estado maior (VON LISZT *apud* CONDE, 2009, p. 15).

Diante do perigo que representariam para a ordem social, tais pessoas deveriam, simplesmente, ser “inocuidadas”, nas considerações a seguir:

A prisão perpétua ou, se for o caso, de duração indeterminada, em campos de trabalho, em “servidão penal”, com estrita obrigação de trabalhar e com o máximo aproveitamento possível de sua força de trabalho sem excluir como sanção disciplinar à pena de açoites e com a consequente perda dos direitos civis e políticos, para mostrar o caráter desonroso da pena. O isolamento individual apenas operaria como sanção disciplinar em cela escura e em estrito jejum (VON LISZT *apud* CONDE, 2009, p. 16).

Conforme prelecionado por CONDE (2009), com Von Liszt o Direito Penal passaria a ser o veículo de uma política criminal de luta e aniquilamento ou “inocuição” de um determinado grupo de delinquentes ou pessoas marginalizadas socialmente, aos quais denominava “proletariado” e “principais inimigos da ordem social”.

A indeterminação das medidas de segurança só será considerada por Von Liszt como saída, pois em sua época já não era possível executar penas capitais ou de deportação, optando-se, então, pela imposição de penas neutralizantes, de acordo com considerações realizadas por ZAFFARONI (2011b, p. 95).

A Escola Positiva, segundo ZAFFARONI (2011b) teria representado “a mais importante mudança para o autoritarismo do direito penal do autor”, teorizando o “direito penal como direito administrativo e todas as penas com medidas de coerção direta frente aos perigosos”, aqueles que assinalados por sua natureza, a que o autor denomina de existência “ôntica do inimigo” (ZAFFARONI, 2011b, p. 93).

Desde as categorias difusas de Von Liszt, que pretendia identificar esses “inimigos”, conforme proposto por ZAFFARONI (2011b, p. 103), o que se pretende, nessa tradição, é categorizar o “criminoso perigoso” de forma que sua natureza criminosa surja da sua própria existência.

Para CONDE (2009) é na ciência penal alemã de Franz von Liszt, entre outros, que teremos os antecedentes imediatos do “Direito Penal do Inimigo” caracterizado, principalmente, pela imposição de penas severas e pela abolição ou mitigação das garantias processuais penais e processuais penais.

Na Alemanha do Entre Guerras, com a chegada dos nacional-socialistas ao poder, em 1933, estabeleceram-se as condições político-ideológicas ideais para a aprovação de uma legislação baseada no “delinquente habitual”, com o propósito de “inocuiar” os considerados “incorrigíveis”, conforme explicitado por CONDE (2009):

logo aprovou-se uma “lei sobre a delinquência habitual, na qual pela primeira vez se convertia em Direito vigente à internação em custódia de segurança por tempo indeterminado dos delinquentes habituais, inclusive em delitos menos graves, abrindo-se paralelamente os campos de concentração, nos quais não apenas se internavam os dissidentes e opositores ao regime nacional-socialista, como também os delinquentes habituais, ou simplesmente marginalizados sociais, como prostitutas, mendigos, alcoólatras, tóxico-dependentes, etc., detidos durante as invasões policiais levadas a cabo nas grandes aglomerações urbanas já desde os primeiros momentos do regime nacional-socialista. Ao mesmo tempo, criou-se uma lei para a prevenção de enfermidades hereditárias, que impunha a esterilização

obrigatória aos seus portadores, e iniciaram-se as medidas de depuração racial, com objeto de eliminar da função pública os judeus, as quais culminaram nas Leis de Nuremberg, que, além da exclusão da cidadania e da privação de outros direitos aos alemães de origem judaica, criou o delito de “ultraje à raça” (Rassenschande) para castigar as relações sexuais entre judeus e pessoas de raça ariana (CONDE, 2009, p. 20).

Para CONDE (2009) as construções jurídicas do nacional-socialismo não constituíram mais do que a radicalização levada até suas últimas consequências de concepções de diversas procedências ideológicas, que estavam já bastante elaboradas e, inclusive, vinham sendo praticadas em outros países antes do que na Alemanha nazista e encontram seus precedentes nas ideias evolucionistas do darwinismo social, nas teorias lombrosianas do “delinquente nato” e nas propostas eugênicas de Galton.

Nesse contexto, baseado na concepção de combate à criminalidade e à delinquência habitual, o Código italiano fascista de 1930, chamado de “Código Rocco”, introduziu as chamadas “medidas” ou pena indeterminada, que significavam a extensão das penas por meras razões de contenção e por tempo indeterminado para os considerados “perigosos”, com base no argumento de que tinham caráter administrativo e não penal.

Os regimes autoritários latino-americanos, como no caso do Brasil, durante o Estado Novo, a aprovação do Código Penal representou, igualmente, a ideia de que o Estado deveria agir de forma mais eficiente e enérgica frente à criminalidade, reforçando-se a imagem de um líder que fosse capaz de comandar o país no caminho da ordem contra delinquentes.

A Exposição de Motivos do Código Penal Brasileiro de 1940, inspirado claramente no Código Rocco italiano, afirma que a medida de segurança é “um mecanismo de luta contra o crime”, destacando-a como uma medida a ser imposta aos “delinquentes habituais” e “doentes mentais perigosos”, como observamos no trecho a seguir transcrito:

“uma vez que as “medidas repressivas e propriamente penais se revelaram insuficientes na luta contra a criminalidade, em particular contra as suas formas habituais. Ao lado disto existe a criminalidade dos doentes mentais perigosos. Estes, isentos de pena, não eram submetidos a nenhuma medida de segurança ou de custódia, senão nos casos de imediata periculosidade. Para corrigir anomalia, foram instituídas, ao lado das penas, que têm finalidade repressiva e intimidante, as medidas de segurança. Estas, embora aplicáveis em regra *post delictum*, são essencialmente preventivas, destinadas à segregação, vigilância, reeducação e tratamento dos indivíduos

perigosos, ainda que moralmente irresponsáveis”².

O Código Penal de 1940 permitia a imposição de pena e medida de segurança, o denominado sistema do duplo binário que, com a Reforma de 1984, foi substituído pelo sistema vicariante, em que o juiz deve optar pela imposição da pena ou da medida de segurança, aos declarados semi-imputáveis. A Exposição de Motivos do Código Penal Brasileiro de 1984, reafirmando o binômio medida de segurança-periculosidade, declara:

Extingue o Projeto a medida de segurança para o imputável e institui o sistema vicariante para os fronteiriços. Não se retomam, com tal método, soluções clássicas. Avança-se pelo contrário, no sentido da autenticidade do sistema. A medida de segurança, de caráter meramente preventivo e assistencial, ficará reservada aos inimputáveis. Isso, em resumo, significa: culpabilidade - pena; periculosidade - medida de segurança. Ao réu perigoso e culpável não há razão para aplicar o que tem sido, na prática, uma fração de pena eufemisticamente denominada medida de segurança³.

Nosso Código Penal, portanto, define medida de segurança como uma medida repressiva com caráter assistencial e terapêutico, reservada aos inimputáveis, aqueles que por deficiência ou transtorno mental (elemento biológico) sejam considerados incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ao tempo da ação ou omissão delituosa (elemento psicológico), conforme estabelece o artigo 26, do Código Penal, adotando-se o critério biopsicológico para fixação da inimputabilidade, tendo como pressuposto a periculosidade.

A imposição da pena, atrelada à culpabilidade, pressupõe um indivíduo que possa ser responsabilizado, diante da sua liberdade e capacidade de ação. Dessa forma, considera-se que nosso sistema teria abarcado, a concepção da Escola Clássica, ao vincular a responsabilidade penal à liberdade do indivíduo, mas traz a concepção de periculosidade e defesa social típicas da Escola Positivista, conforme considerações de JACOBINA (2008):

Houve, conseqüentemente, uma espécie de meio-termo entre as duas escolas, mantendo-se, em tese, a responsabilidade penal baseada na liberdade como fundamento filosófico para o julgamento penal, mas trazendo para o interior desse julgamento o conceito de periculosidade – como juízo para o futuro – ao lado do conceito de culpabilidade – como juízo para o

² Exposição de Motivos do Ministro Francisco Campos (Código Penal de 1940).

³ Exposição de Motivos do Ministro Ibrahim Abi-Ackel (Código Penal de 1984).

passado. Se, por um lado – como bem ressalta Foucault –, o direito penal nunca mais conseguiu julgar a responsabilidade de um indivíduo com base apenas na sua culpabilidade, por outro, ele ganhou legitimidade para julgá-lo com base apenas em sua periculosidade, excluindo qualquer questionamento sobre sua culpabilidade. Fundou-se o binômio pena-culpabilidade, medida de segurança-periculosidade, no qual a pena sempre leva em conta a periculosidade, mas a medida de segurança não leva em conta, senão de forma accidental, a culpabilidade (JACOBINA, 2008, p. 132).

Segundo a Exposição de Motivos do Código Penal, a medida de segurança de “caráter meramente preventivo e assistencial, ficará reservada aos inimputáveis” e, assim, 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.

Para melhor compreendermos a função da medida de segurança e seu traço distintivo da pena, necessário entendermos as chamadas teorias da pena.

As chamadas teorias absolutas defendem que a pena teria um caráter de retribuição pelo delito praticado, infligindo um sofrimento que seria equivalente ao injusto praticado. Já as teorias relativas defendem a ideia de prevenção e, nesse sentido, a pena teria um fim utilitário, que seria a prevenção de novos delitos.

As teorias relativas, que se fundamentam no critério da prevenção, pretendem atuar sobre os indivíduos que não delinquiram (prevenção geral) e sobre aqueles que já cometeram delitos (prevenção especial).

A prevenção geral negativa, também denominada de prevenção por intimidação, representa a ideia de que a pena poderia dissuadir indivíduos de praticarem crimes, a despeito de qualquer consideração ética e a prevenção geral positiva ou prevenção integradora de que a pena poderia infundir o respeito de certos valores na consciência dos indivíduos, em geral.

A prevenção especial positiva visaria inibir o autor do delito de cometer crimes futuros, com base na ideia de ressocialização. ZAFFARONI *et al* (2011a) afirmam que as teorias da prevenção especial positiva, cujos modelos são Ferri e Von Liszt atribuem à pena a função de reparar a inferioridade perigosa da pessoa, a partir do chamado conjunto de *ideologias re*: ressocialização, repersonalização, reeducação, reinserção.

Em suas versões moralizantes, a pena teria a função de trazer um melhoramento moral da pessoa, visando impulsionar o progresso ético da sociedade e da humanidade, na medida que o indivíduo supera a sua inferioridade ética.

A prevenção especial negativa estaria caracterizada pela neutralização do indivíduo que cometeu o delito, ou seja, a pena será um mal para o indivíduo, que como uma célula defeituosa ou incorrigível, deve ser eliminada para o bem do corpo social. Embora presente em todos os discursos legitimantes da pena, nessa perspectiva a defesa social se expressa de maneira mais evidente (ZAFFARONI, *et al*, 2011a).

A pena, portanto, apresenta finalidades distintas da medida de segurança, com caráter retributivo e a promoção da prevenção geral e especial, sendo que a medida de segurança teria apenas o caráter de prevenção especial e, nesse sentido, portanto, caracteriza-se como preventiva, voltada para a neutralização profilática ou recuperação do indivíduo.

Nesse sentido, as medidas de segurança visariam garantir a proteção tanto da sociedade, como medida de prevenção, mas também a segurança do próprio indivíduo com transtorno mental, que necessitaria de “tratamento curativo”, desvelando seu lado assistencial e a distinguindo da pena, ao não visar a punição do indivíduo.

O aspecto terapêutico da medida de segurança é controverso. Muitos juristas, entre eles MATTOS (2006), JACOBINA (2008), QUEIROZ (2010), BITENCOURT (2011), CARVALHO (2015), afirmam que a medida de segurança é sanção penal, seja pelos critérios adotados pela legislação para imposição da medida de segurança, que privilegiam a lógica da punição, seja pelas condições de cumprimento destas.

O caráter punitivo das medidas de segurança é umas das principais denúncias realizadas pela criminologia crítica e pela crítica do direito penal a partir da década de 70 do século passado. A exposição da incapacidade das instituições totais (prisões e manicômios) realizarem minimamente as finalidades expostas em sua programação oficial (ressocializar o imputável e reduzir a periculosidade dos inimputáveis) deflagrou um amplo processo de desconstrução dos mitos fundantes do sistema punitivo. Dentre estes mitos, a ausência da perspectiva punitiva (retributiva) das medidas de segurança (CARVALHO, 2015, p. 508-509).

ZAFFARONI *et al* (2011a) reafirmam a natureza penal das medidas de segurança ao que os autores denominam de “embuste das etiquetas”. Nesse mesmo sentido MATTOS *et al* (2011) afirmam que:

a prática demonstrou que desde o seu início a medida de segurança, embora o nome fosse outro, não passou de uma sanção privativa de liberdade piorada, sem a possibilidade de libertação ao cabo de alguns anos de cumprimento (MATTOS et al, 2011, p. 31).

Existem duas espécies de medida de segurança: internação (detentiva) e tratamento ambulatorial (restritiva), conforme preceitua o artigo 96, do Código Penal.

Para a determinação da espécie da medida de segurança, o artigo 97, “*caput*”, do Código Penal determina que a referida medida seja de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, quando o delito praticado pelo indivíduo for apenado abstratamente com pena de reclusão, e de internação ou tratamento ambulatorial, quando o delito for apenado abstratamente com pena de detenção.

Na dogmática penal, as penas de reclusão são reservadas aos crimes mais graves e podem ser executadas nos regimes fechado, semiaberto e aberto. Já as penas de detenção podem ser cumpridas apenas nos regimes semiaberto e aberto.

Dessa forma, para a determinação da medida de segurança verifica-se o suposto delito praticado pelo indivíduo inimputável e a pena prevista na legislação. Não se verifica o tipo de tratamento necessário, tampouco a gravidade da doença.

Há um paradoxo no sistema penal que absolve a pessoa com transtorno ou deficiência 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. Esse contrassenso é pontuado 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).

Em relação ao tempo da medida de segurança, temos que o tempo mínimo será de um a três anos. O tempo máximo é indeterminado, pois a medida termina apenas quando se obter o laudo de cessação de periculosidade.

Em relação ao tempo mínimo, teceremos três considerações.

A primeira é a de que a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei deverá cumprir o tempo mínimo estabelecido na sentença absolutória imprópria, ainda

que seu quadro clínico recomende o contrário e, nesse sentido, revela sua face de sanção penal, com caráter retributivo.

Um segundo aspecto é o de que o estabelecimento desse prazo mínimo, muitas vezes, é superior ao tempo de pena a que seria submetido o indivíduo imputável, em caso de condenação. Além disso, em muitos casos, se não fosse inimputável, haveria a possibilidade de aplicação de institutos despenalizadores, como a transação penal e a suspensão condicional do processo, previstos na Lei 9.099/95.

O terceiro aspecto a ser considerado é o critério adotado pelos juízes para determinar o prazo mínimo da medida de segurança, que baseia-se na gravidade do delito praticado e não na gravidade da doença mental, ou seja, o critério utilizado para o “tratamento” é jurídico-legal e não clínico-terapêutico (MUSSE, 2008), o que, mais uma vez, revela a face retributiva da medida de segurança.

Em relação ao prazo máximo e sua indeterminação há diversos juristas que defendem sua inconstitucionalidade, uma vez que o artigo, 5º., XLVII, da Constituição Federal veda as penas de caráter perpétuo.

Esse entendimento é adotado pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que firmou entendimento da aplicabilidade da analogia *in bonam partem*⁴ do artigo 75 do Código Penal às medidas de segurança. Tal artigo dispõe que o tempo máximo de pena é de 30 anos e, embora não mencione a medida de segurança, por raciocínio semelhante, se estende seu efeito a ela.

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.

Por fim, ainda há a defesa de que a medida de segurança deva perdurar até a cessação da periculosidade do agente, ainda que isso represente a sua indeterminação.

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

⁴ Forma de interpretação do texto legal em que se aplica, em caso de omissão da legislação, solução dada pela legislação a problema semelhante. No caso do Direito Penal, só pode ser aplicada *in bonam partem*, ou seja, a favor dos acusados.

dentro dos parâmetros da Reforma Psiquiátrica, 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 (JACOBINA, 2008).

No procedimento de apuração da prática delitiva, se há suspeita que o indivíduo possa ser considerado inimputável, instaura-se o chamado Incidente de Insanidade Mental, previsto no artigo 149, do Código de Processo Penal, que dependerá de perícia psiquiátrica e determinará se o indivíduo era inimputável, à época dos fatos considerados delituosos.

O laudo psiquiátrico poderá ser acatado, ou não, pelo juiz. Entretanto, o laudo é compreendido pelos operadores do Direito, como revestido de cientificidade, de difícil rejeição, em que todo prestígio é dado à palavra do médico (FOUCAULT, 2006a).

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 ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, declara-o inimputável, decreta-lhe a absolvição, chamada de absolvição imprópria, pois, em consequência, será aplicada medida de segurança.

Se para a imposição da medida de segurança impõe-se a constatação da periculosidade do indivíduo, para a extinção da medida de segurança também deve ser realizado laudo psiquiátrico que ateste a cessação de periculosidade do agente.

Após a emissão do laudo de cessação de periculosidade, o indivíduo deverá passar pelo período de 1(um) ano em desinternação, no caso da medida de segurança de internação, ou liberação condicional, no caso da medida de segurança de tratamento ambulatorial.

A legislação penal parte do pressuposto que a pessoa que tem transtornos mentais é uma pessoa perigosa, o que 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).

Além disso, 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 à nossa sociedade e pode-se buscar controlá-lo, nunca eliminá-lo, 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).

SOUTO (2007) chama-nos a atenção para futurologia perigosista de controle social, no caso do denominado “louco infrator”, uma vez que o laudo do perito psiquiatra é visto, ao menos pelos membros do Poder Judiciário, como documento capaz de predizer o futuro do comportamento humano de forma inquestionável, pelas suas bases científicas, consideradas, em seus princípios, objetivista.

É nessa perspectiva que existe uma articulação entre o Poder Judiciário e a Psiquiatria, como poderes postos, para legitimarem as internações das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei em instituições asilares, desconsiderando o contexto da Reforma Psiquiátrica, produzindo verdades incontestáveis dentro do processo judicial (FOUCAULT, 2003).

Apesar dos questionamentos existentes em relação ao conceito de periculosidade, a aplicação da medida de segurança parte do pressuposto inquestionável de sua cientificidade e, por isso, a medida de segurança, conforme exposto na Exposição de Motivos do Código Penal possuiria “caráter meramente preventivo e assistencial”.

Assim, as medidas de segurança visariam garantir a proteção tanto da sociedade, como medida de prevenção, mas também a segurança do próprio indivíduo com transtorno mental, que necessitaria de “tratamento curativo”, desvelando seu lado assistencial e a distinguindo da pena, ao não visar a punição do indivíduo.

Diversos juristas defendem a possibilidade da aplicação da lei 10.216/01 no cumprimento das medidas de segurança, entre eles, MATTOS (2006), JACOBINA (2008), QUEIROZ (2010) e CARVALHO (2015). Entretanto, como afirma ZAFFARONI *et al* (2011a) as importantes inovações da Lei 10.216/01, especialmente as garantias

discriminadas no artigo 2º., parágrafo único, não foram incorporadas à rotina das agências do sistema penal.

A Lei 10.216/01 traz uma nova resposta jurídica ao ato lesivo praticado pelas pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, fazendo com que a intervenção penal seja totalmente desnecessária, havendo a responsabilização do indivíduo somente no âmbito civil ou na esfera administrativa, como explanado por CARVALHO (2015):

Se a nova forma de abordagem dos transtornos mentais nega a validade prático-teórica da noção de periculosidade (fundamento da medida de segurança) redefine o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos dotado de uma forma de compreensão dos seus atos (culpabilidade *sui generis*); e impede qualquer tipo de sanção de natureza segregadora (carcerária), não seria inviável pensar que a reforma psiquiátrica criou um novo espaço de análise e valoração da responsabilidade do inimputável, alheio à lógica punitiva e carcerocêntrica do sistema penal (CARVALHO, 2015, pág. 532).

1.1.3. O “lócus” do cumprimento da medida de segurança de internação: Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como “hospital-prisão”

No Brasil, 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, que 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 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.

Esses avanços do Juquery não podem ser descolados dos discursos sanitaristas dos médicos e higienistas que, sobretudo, a partir das duas primeiras décadas do século XX, passam a indicar uma “necessária intervenção sanitária e civilizatória capaz de reverter a avaliação que julgava o Brasil um país fadado ao fracasso em razão de suas peculiaridades físicas e biológicas” (MOTA, 2003, p. 16).

Em 1922 foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, sob o argumento de “combater os fatores comprometedores da higiene da raça e a vitalidade da Nação” (DIWAN, 2015, p. 103) e a Psiquiatria coloca-se definitivamente a serviço do Estado, levando-o a uma ação de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção.

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 internos.

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 *et al*, 2007).

A medida de segurança de internação tem seu *locus* nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, local híbrido, pois reúne as características de “hospício-prisão”, conforme defendido por CARRARA (1998).

Em alguns estados da Federação, como é o caso do Estado de São Paulo, embora intitulados como “hospitais”, não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim na estrutura do sistema prisional, sob tutela da Secretaria de Administração Penitenciária (SAP), revelando, mais uma vez, a contradição de uma instituição criada para tratar os ditos loucos criminosos, figurando no rol das instituições penitenciárias.

No Estado de São Paulo existem três Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico:

- 1) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Professor André Teixeira Lima” (HCTP I de Franco da Rocha)
- 2) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha
- 3) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Arnaldo Amado Ferreira” (HCTP de Taubaté).

A estrutura de funcionamentos dos HCTPS paulistas está permeada por uma lógica de “progressividade da pena”, em que os HCTPs de Taubaté e HCTP I de Franco da Rocha representariam o cumprimento do regime fechado, sendo o HCTP de Taubaté o local de destino de todos os internos considerados “mais perigosos” e dos indisciplinados, conforme apontado por CIA (2008) e LHACER (2013).

No HCTP II de Franco instalou-se a Colônia de Desinternação Progressiva, pensada originalmente como um programa de “alta programada”, com saídas terapêuticas, entretanto, é visto, hoje, como local de cumprimento do regime semiaberto, como vemos nas colocações abaixo:

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. (FERRARI, 2001b, p. 169-170).

A predominância de um pensamento carcerário na gestão dos HCTPs e dos internos, fazendo com que o aspecto terapêutico ocupe um lugar secundário na dinâmica institucional, foi reafirmada por visita realizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)⁵ ao HCTP André Teixeira Lima I, localizado em Franco da Rocha, em São Paulo, em setembro de 2015, apontando que:

A presença dos Agentes de Segurança Penitenciária (ASP) em todos os espaços da unidade revela a dimensão disciplinadora no cotidiano da instituição. Adicionalmente, as condutas destes profissionais evidenciam a promoção da lógica prisional, que já é problemática em ambientes estritamente penitenciários, quanto mais naqueles que têm por objeto central a promoção da saúde e do tratamento (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015, p.12).

O Relatório emitido pelo MNPCT ainda constatou a existência da contenção física e química, da mesma forma que ponderado por LHACER (2013):

Mais do que isso, as contenções física e química são usadas em situações que envolvem questões disciplinares, perdendo de vista o seu uso terapêutico excepcional e pontual. Em suma, sob a justificativa do tratamento, as contenções têm sua função original desviada, sendo aplicadas ampla e rotineiramente como forma de controle e punição das (os) pacientes (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015, p.18).

Assim, o cenário paulista continua permeado pela contenção química e física, como forma de controle e disciplina.

O uso do isolamento como forma de punição, segundo o mesmo Relatório, continua sendo prática institucional em casos semelhantes aos apontados por MAMEDE (2006), quando os pacientes desobedecem às regras, criam confusões, se agredem mutuamente ou praticam condutas consideradas inadequadas pelos funcionários.

⁵ A lei 12.847/13 criou o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura cujo objetivo é o de monitorar, supervisionar e controlar os estabelecimentos prisionais onde se encontrem pessoas privadas de liberdade, promovendo a defesa dos direitos e interesses dessas pessoas, composto pelo Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura – CNPCT e pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura – MNPCT.

O Relatório de Inspeção da Campanha Estadual de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, de junho de 2016, reforça a presença predominante dos agentes penitenciários, em detrimento dos profissionais de saúde, e o uso da contenção química, como forma de castigo, da mesma forma como relatado por MAMEDE (2006).

Além de sua não vinculação ao SUS, os HCTPs, no caso do Estado de São Paulo, não apresentam projetos terapêuticos individualizados e não há encaminhamento dos internos aos serviços substitutivos comunitários, o que acaba por dificultar sua reinserção social.

Nesse sentido, o Relatório elaborado em setembro de 2015 no HCTP I de Franco da Rocha pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) relatou:

O tratamento oferecido às pessoas internadas se dá, basicamente pela medicalização. Nesse sentido, a prática institucional é predominantemente homogeneizante e cronificadora.

[...]

A falta de tratamento terapêutico individualizado, a carência de articulação com órgãos externos ao HCTP I, bem como a ausência de atividades desenvolvidas fora do mundo institucional dificultam a desinstitucionalização progressiva das pessoas internadas (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015, p.09).

Dessa forma, o acesso aos serviços substitutivos, em meio livre, aos HCTPs torna-se realidade distante aos internos, tornando difícil o rompimento da lógica segregacionista e asilar dos HCTPs.

O novo modelo de assistência baseado em um modelo de atenção integral propõe a construção de uma rede comunitária de cuidados substitutivos ao Manicômio, com atuação 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, 2005).

MUSSE (2008) enumera, entre muitos outros, o direito das pessoas com transtorno mental de receberem atendimento clínico adequado ao seu quadro 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.

Assim, os direitos anunciados às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei estão distantes de sua efetivação, assim como a concretização de seus cuidados em saúde.

As colocações acima são reafirmadas por MATTOS (2016):

O Relatório Brasil – 2015 informa que 47% dos chamados loucos infratores cometeram crimes de menor potencial ofensivo. Por que não se lhes impõe medida diversa do que a segregação, muitas vezes eterna? Só 30% possui plano terapêutico individual e não têm sequer respeitado o prazo (anual) para exame de cessação de periculosidade, o que quer que se queira entender com esse signo (MATTOS, 2016, p. 72, grifo nosso).

Além dos HCTPS, desde 2015, temos a instalação de 4 (quatro) alas psiquiátricas, sob a governabilidade da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado, configurando-se a seguinte estrutura:

- 1) Ala Psiquiátrica Feminina no Presídio de Santana;
- 2) Ala Psiquiátrica Feminina no Centro de Detenção Provisória de Franco da Rocha;
- 3) Ala Psiquiátrica Masculina da Penitenciária III de Franco da Rocha;
- 4) Ala Psiquiátrica Masculina no Centro de Detenção Provisória de Pinheiros (masculina e feminina).

O encaminhamento de internos dos HCTPs a presídios comuns está relacionado à interdição parcial do prédio do HCTP I de Franco da Rocha, após alagamentos e incêndios ocorridos na unidade, respectivamente, em março e em outubro de 2016.

Além disso, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, 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” por uma vaga nos HCTPs.

O objetivo central dos “Mutirões” era a realização dos exames de verificação de periculosidade, uma vez que as pessoas em medida de segurança encontravam-se em diversas cidades do 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 e para a Penitenciária III de Franco da Rocha para que os laudos de

cessação de periculosidade pudessem ser realizados por peritos da Secretaria Estadual de Saúde, após a assinatura de termos de cooperação técnica entre essa Secretaria e a SAP.

A adoção dessa logística foi constatada pelo Mutirão Carcerário realizado pelo Conselho Nacional de Justiça (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).

Dessa forma, a prática dos “Mutirões” está, atualmente, institucionalizada com a instalação das alas psiquiátricas no Centro de Detenção Provisória de Pinheiros e na Penitenciária III de Franco da Rocha, que funcionam como local para recepcionar pessoas advindas de diversas cidades do interior do estado, desde o momento de sua prisão, visando agilizar a realização de exames de verificação de periculosidade

As alas foram criadas em ação conjunta da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo (SAP) e da Corregedoria dos Presídios da Capital. A determinação, segundo a SAP, visaria o bem-estar dos “doentes mentais” e a minimização dos problemas de superlotação, recebendo cuidados especializados do corpo técnico do hospital de custódia existente em Franco da Rocha.

BARROS (2018), em sua pesquisa sobre a Penitenciária III de Franco da Rocha, pondera que tal local é conhecido como “Puxadinho”, nome dado a construções irregulares e informais, em especial, a imóveis da população de baixa renda, o que, segundo a autora, parece ser uma comparação razoável, diante da precariedade envolvida na implementação e desenvolvimento da proposta da instalação da referida Ala Psiquiátrica, uma vez que representaria o local para abrigar “loucos infratores” vindos de diversas cidades do interior e, nesse sentido, representaria muito mais uma forma de gestão dos internos, do que um espaço adequado para recebê-los.

Para BARROS (2018), a ala psiquiátrica apresenta-se como uma sala de espera para a realização dos exames de verificação de periculosidade, embora pondere que sem as instalações das alas, diante da interdição do HCTP I de Franco da Rocha, os internos estariam desalojados.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo, em outubro de 2015, ingressou com Ação Civil Pública requerendo a interdição da chamada “ala psiquiátrica”, sob o argumento de que a custódia de pessoas com deficiência ou transtorno mental em unidades prisionais, como a Penitenciária III de Franco da Rocha, viola frontalmente os direitos fundamentais dessas pessoas e está em desacordo com a legislação vigente.

Entretanto, a ampliação das alas psiquiátricas no âmbito do Estado de São Paulo que, inicialmente, estaria atrelada a uma dinâmica supostamente facilitadora para a realização de laudos de cessação de periculosidade, parece revelar o aumento do número crescente de internações, conforme já exposto no item 1.1.1.

A falta de disponibilização de dados precisos sobre o número de internos existentes em cada estabelecimento prisional, por parte de SAP, não permite que tenhamos a real dimensão do número de pessoas submetidas à medida de segurança no Estado de São Paulo.

CARVALHO (2013) aponta que, de 2009 a 2013, o número de pessoas submetidas à medida de segurança cresceu 11% e KOLKER (2016) afirma que, desde a promulgação da Lei 10.216/01, já foram construídos seis novos HCTPs ou alas de tratamento psiquiátrico no Brasil para a custódia de pessoas em cumprimento de medida de segurança, tecendo as seguintes considerações:

O fato é que, embora cresça o convencimento de setores expressivos dos campos da Saúde e do Direito de que as medidas de segurança são incompatíveis com o ordenamento jurídico vigente e de que é urgente a reformulação da legislação e a adequação da atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei às diretrizes da Lei 10.216/01, nosso Código Penal continua a autorizar internações preventivas e potencialmente perpétuas e recrudesce a solução penal no trato dos problemas relacionados ao uso de drogas. Ainda que nos últimos anos se possa reconhecer os esforços por parte dos Ministérios da Saúde e Justiça para viabilizar a desinstitucionalização de pacientes institucionalizados há décadas e instituir um novo modelo para o cumprimento de medida de segurança, também vem sendo observado um alarmante crescimento do número de pacientes em situação de internação cautelar e demais tipos de internação compulsória de pessoas com transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso de drogas, frequentemente por delitos de baixo potencial ofensivo, com ou sem a aplicação de medida de segurança (KOLKER, 2016, p. 212).

O contínuo ingresso de pessoas com transtorno mental em conflito com lei submetidas à medida de segurança de internação, sem observância das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, alimentará, futuramente, problemas relacionados à saída desses indivíduos dos HCTPs.

Sem que se consiga resolver os problemas de ingresso no sistema prisional paulista em relação à aplicação das medidas de segurança, que continuam obedecendo à dogmática penal, “as portas de saída” representam, igualmente, grande desafio, principalmente pelo fenômeno da transinstitucionalização.

1.2. A TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO: NOVOS DEBATES, ANTIGOS PROBLEMAS

1.2.1 A transinstitucionalização: afinal como conceituá-la?

No final da década de 1970, a conjuntura brasileira foi marcada pela luta pelo fim da ditadura com a existência de movimentos sociais pautados no ideário dos direitos humanos, sendo que um desses movimentos foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que passou a discutir um redirecionamento ao atendimento às pessoas com transtorno mental, iniciando-se a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Os anos de 1978 e 1979 foram assinalados por uma série de acontecimentos que representaram marcos históricos para a Reforma Psiquiátrica, como as denúncias de psiquiatras e de trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) sobre as condições de violência a que eram submetidos os internos dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, a realização do Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Santa Catarina que, por sua simbologia, ficou conhecido como o “Congresso da Abertura” e o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Atenção Psicossocial, realizado em São Paulo, que em seu relatório final indicava que as lutas pela transformação na área da saúde vinculavam-se às demais lutas sociais.

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 da década de 70 do século XX, as ideias de 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, formam-se como um núcleo de consenso a ser defendido pela Reforma Psiquiátrica.

Nos anos 1980, com o reforço dos debates da Reforma Sanitária dentro do contexto de redemocratização do país, a Reforma Psiquiátrica ganha impulso, ocupando espaços públicos de tomada de decisão, o que possibilitou a propositura de estratégias de mudanças no sistema de saúde mental.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1984, a defesa da saúde como 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, dentro do contexto da Reforma Sanitária, leva, inclusive, ao questionamento dos Manicômios Judiciários, como locais de assistência à saúde.

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, compreendendo-se a doença mental também como resultado de um processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população.

Também se questionou a medicalização e psiquiatrização, pois elas frequentemente mascaram os problemas sociais, contribuindo para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos e representando 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.

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, 1990).

A promulgação da Constituição de 1988 reconhecerá a saúde como direito fundamental, consolidando a universalização da assistência, a integralidade da atenção à saúde e a participação da comunidade.

Em 1992 ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental, 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.

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, como as Portarias do Ministério da Saúde nº 224, de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde, que normatizou vários serviços substitutivos como os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) e a Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

Dessa forma, um conjunto de portarias e leis, editadas pelo Ministério da Saúde, passaram a definir 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.

A promulgação da Lei 10.216/01, denominada de Lei da Reforma Psiquiátrica, passou a representar o mais importante marco legal para o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e para a discussão sobre

o fim dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, nos moldes como existentes hoje.

Portanto, 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 de um movimento voltado para a transformação social e construção de novos arranjos organizacionais dos serviços (AMARANTE, 1995), dependente da atuação e do jogo de força de uma série de atores e movimentos sociais (YASUI, 2010).

Em sua dimensão epistemológica, a reforma implica romper com a exclusiva intervenção psiquiátrica e com o modo asilar, baseados, respectivamente, em estratégias de intervenção centradas no tratamento medicamentoso e no isolamento/exclusão.

Em contrapartida, a pessoa com transtorno mental passa a ser percebida como sujeito de direitos, a quem se deve possibilitar inclusão social e vivência de sua subjetividade. Assim, o modo psicossocial é norteador das ações voltadas aos cuidados em saúde desses indivíduos, baseado em novos aparatos técnico-assistenciais que se organizarão, essencialmente, em meio aberto e com perspectivas interdisciplinares, como os Hospital Dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas.

A Reforma Psiquiátrica objetiva um processo de desinstitucionalização, que representa não só a eliminação dos meios de contenção, mas a emancipação das pessoas com transtorno mental, sua interação social, a restituição de seus direitos historicamente negados, a eliminação das tutelas jurídicas e o estatuto da periculosidade, rompendo, finalmente, com o estigma criado com a reclusão em instituições asilares (ROTELLI, 2001).

O Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, liderado por Franco Basaglia, exerceu influência no movimento brasileiro e suas diretrizes servem de suporte, ainda hoje, continuamente repensadas e reformuladas, inclusive no Brasil (CHAVES e DANTAS, 2007).

Franco Basaglia, na Itália, na direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e depois no Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, em Trieste, inicia um processo de desinstitucionalização, que culminará com a aprovação da Lei italiana 180 em 13 de

maio de 1978, de sua autoria e 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 internos, defendendo que o Manicômio fosse substituído por serviços e tratamentos alternativos, que visassem à reinserção social do sujeito no pleno exercício de sua cidadania e a desvinculação da loucura dos conceitos preconceituosos, como os de periculosidade e incapacidade.

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 que os sustentam.

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.

O processo de desinstitucionalização “implica assumir que a desinstitucionalização não é um processo que dispensa instituições, como poderia ser entendido pela leitura ao pé da letra”, mas um processo que se constitui com “as instituições da desinstitucionalização”, compreendidas como aquelas instituições “destinadas a negar-se e reinventar-se continuamente” (AMARANTE, 1996, p.103).

A ideia de “instituição negada” trazida pela Reforma Psiquiátrica Italiana, conforme nos adverte ROTELLI (1990) não foi o manicômio, mas a loucura, afirmando que:

O que era a instituição a ser negada? A instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: "a doença", à qual se sobrepõe no manicômio o objeto "periculosidade" (ROTELLI, 1990, p. 13).

Nesse sentido, a “instituição negada” é aquela que coloca a doença mental na centralidade da observação de todo o corpo institucional, compreendendo-se a

instituição como o conjunto que “liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais” (ROTELLI, 1994, p. 151), que estruturam toda a relação em torno da pessoa com transtorno mental, a partir de uma visão patológica e de aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura (AMARANTE, 1996, p.77).

Nessa “instituição negada” a doença se revela como o “lugar geométrico das incrustações judiciárias, diagnósticas e científicas aplicadas sobretudo, e sem contradição, às classes subalternas” (ROTELLI, 1990) e, portanto, desinstitucionalização significa, sobretudo, colocar entre parênteses a doença mental, isto é, um processo de invenção prático-teórico, em que se descortina o sujeito e não mais a doença.

O processo de colocar a doença entre parênteses permite a visualização do processo denominado de o “duplo da doença mental”, que surge como consequência do processo de institucionalização e pode ser definido como:

tudo aquilo que se constrói em termos institucionais em torno do internado: é a face institucional da doença mental, construída tomando-se por base a negação da subjetividade do louco, da negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber. São formas institucionais de lidar com o objeto, e não mais com o sujeito, sobre o qual edificam-se uma série de ‘pré-conceitos científicos’, fundados em noções tais como a de periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade da doença mental (AMARANTE, 1996, p.82).

Nesse sentido, a desinstitucionalização deve ser compreendida não apenas como uma questão científica, mas como um problema técnico, normativo, social e existencial, onde as novas instituições - as instituições da desinstitucionalização- devem representar um conjunto de possibilidades de produção de vida e de produção social para os sujeitos, desconstruindo o que está cristalizado sobre o louco e a loucura (AMARANTE, 1996).

Portanto, a desinstitucionalização consiste, por um lado, em desconstruir a ideia de que a doença mental exige cura, pois isso leva ao discurso que legitima o isolamento, exclusão e desqualificação do indivíduo, visto como incapaz ou perigoso, por outro lado, consiste na construção de um novo contexto de cidadania para o sujeito, o que implica vê-lo em suas possibilidades como sujeito de desejos e projetos (AMARANTE, 1996).

A respeito do conceito complexo de desinstitucionalização, BARROS e BICHAFF (2008) tecem as seguintes colocações:

desinstitucionalizar não se restringe e nem se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformações com a extinção de organizações hospitalares/manicomiais, enquanto desinstitucionalizar significa entender a instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (BARROS E BICHAFF, 2008, p. 20).

A desinstitucionalização implica, portanto, processo ético que deve estar inscrito em uma “dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência” e isso significa que deve ser exercitada pelo “reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 1996, p. 115).

A experiência italiana de desinstitucionalização apresenta seu potencial inovador e inspirador por ter sido a única a abolir o Hospital Psiquiátrico dos serviços de saúde mental, ao contrário das reformas psiquiátricas ocorridas na Europa e Estados Unidos, onde a Reforma configurou-se como desospitalização, o que gerou efeitos, desejados, ou não, de diversas ordens (ROTELLI et al, 1990).

As Reformas ocorridas na Europa e Estados Unidos, a partir dos anos 1960, a que ROTELLI *et al* (1990) denominaram de Psiquiatria Reformada, apresentaram traços em comum, entre eles: a continuidade das internações e reinternações (“revolving door”) e a coexistência dos serviços territoriais e comunitários com os hospitais psiquiátricos, onde os hospitais funcionam como instituições de retaguarda, como parte da rede de assistência para casos residuais, aqueles para os quais não se consegue dar uma resposta terapêutica adequada (BARROS, 2018).

Nessa dinâmica, os serviços extrahospitais são caracterizados por sua especialização e pelo refinamento das técnicas de intervenção, o que fará que seu funcionamento siga uma lógica empresarial, em que as pessoas são separadas, classificadas e “jogadas de um lado para outro entre competências diferentes e definitivamente não sejam de responsabilidade de ninguém e sim abandonadas a si mesmas” (ROTELLI *et al*, 1990, p. 22).

Nessa perspectiva, os serviços de saúde mental acabam funcionando como um circuito, onde os serviços extrahospitais e as estruturas de internação sejam complementares e se retroalimentem, o que representaria, segundo ROTELLI

et al (1990) a substituição de uma “dinâmica estática”, a da internação e segregação, pela “dinâmica da circulação”, de funcionamento em “circuitos”, em que as pessoas passam a ser deslocadas entre diferentes locais, sejam os serviços extrahospitais, sejam os locais de internação.

Esse circuito entre serviços extrahospitais e hospitais psiquiátricos (ou outros locais de internação, como os HCTPs) representa um mecanismo que opera segundo a lógica de novas reinternações (“revolving door”) e é caracterizado por uma espiral, que gera novos problemas e faz com que surja um novo grupo de indivíduos crônicos, que não são os pacientes antigos e egressos dos hospitais psiquiátricos, mas um grupo denominado de “novos crônicos”, que passam a circular em meio aberto, mas terão nos Hospitais seu eterno ponto de retorno (ROTELLI *et al*, 1990).

No Brasil, assim como em outros países do mundo, o processo de desinstitucionalização tem apresentado limitações, com serviços comunitários inadequados ou que pouco diferem dos hospitais psiquiátricos, fazendo com que as igrejas substituam o Estado na assistência aos indivíduos desinternados; a ausência ou insuficiência de uma rede extrahospitalar, que acolha a demanda e garanta uma atenção de qualidade, com continuidade do atendimento a cada paciente e dificuldade da comunidade em acolher as pessoas com transtorno mental, entre outros.

As limitações ao processo de desinstitucionalização fazem com que, embora exista o crescimento das taxas de pacientes acompanhados fora de hospitais, exista, igualmente, o aumento das taxas de pacientes que são tratados em instituições psiquiátricas, em uma taxa maior que a do crescimento da população (BANDEIRA, 2012).

A falta de apoio social ou familiar, a insuficiência de equipamentos extrahospitais, a ausência da articulação de todos os serviços da rede psicossocial e das estratégias de desinstitucionalização são apontados como fatores motivadores para a reinternação de indivíduos em hospitais psiquiátricos, denominado como fenômeno da porta giratória ou “revolving door”, como apontam LIBERATO (2009); BEZERRA e DIMENSTEIN (2011) ;SILVA (2017) e ZANARDO *et al* (2017).

O fenômeno da porta giratória ou “revolving door” tem evidenciado os desafios para o processo de desinstitucionalização, sobretudo, a dificuldade de reinserção social dos sujeitos, seja pela falta de apoio social, pela comunidade ou pela família, seja dificuldade de acesso aos equipamentos extrahospitais, com

associação a outros recursos da rede, principalmente, as estratégias de reabilitação psicossocial, no sentido de promover a autonomia e otimizar aderências aos cuidados em saúde.

A Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propôs uma estruturação do modelo de cuidados em saúde, a partir da atenção básica, com as Unidades Básicas de Saúde, Consultórios de Rua e Centros de Convivência, Atenção Psicossocial Especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, com os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa, e reabilitação psicossocial, composto por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, propondo-se um desenho ampliado e com a articulação desses diversos equipamentos (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possui como diretrizes para seu funcionamento, entre outras, o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania e a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação dos usuários e de seus familiares (BRASIL, 2011).

Nesse desenho atual, o CAPS é compreendido como equipamento articulador central, onde as necessidades e demandas dos usuários são norteadoras de ações territoriais, que servem de suporte para um plano integrado de cuidados em saúde.

A Rede de Atenção Psicossocial deve ser organizada, de maneira a possibilitar o acesso, a garantia do cuidado em saúde que envolva promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial através do fortalecimento e desenvolvimento de práticas que promovam a vinculação familiar e participação social no território, mediante a articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde no

território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Portanto, a produção e promoção de saúde mental é pensada fora do isolamento e da exclusão social, com arranjos intersetoriais, cujo eixo central está no cuidado em meio aberto. Nesse sentido, o Hospital Psiquiátrico não é entendido como um dispositivo de cuidado.

No atual desenho da Rede de Atenção Psicossocial, embora o Hospital Psiquiátrico não seja entendido como um dos dispositivos de cuidado, ele pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões em que o processo de implantação e expansão da RAPS ainda não se apresenta suficiente, mas sempre com prioridade para a sua expansão para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011).

Portanto, não se pode negar a coexistência dos Hospitais Psiquiátricos como local de cuidados, enquanto os demais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial não estejam completamente capilarizados nas diversas regiões do país, sempre com vistas à total superação do modelo hospitalar, o que traz o necessário debate sobre a transinstitucionalização.

A transinstitucionalização, em seu nascedouro, era vista como um recurso para viabilizar a desinstitucionalização, uma vez que se pretendia a transferência para hospitais mais adaptados aos preceitos da reforma, com equipes multiprofissionais e condições de promover atividades de reabilitação psicossocial e de reinserção social (BARROS E BICHAFF, 2008).

Entretanto, a palavra transinstitucionalização, muitas vezes, designa o processo pelo qual a pessoa com transtorno mental é encaminhada de uma instituição psiquiátrica para outra instituição com mesmas características asilares (BANDEIRA, 2012), uma vez que esse recurso mostrou-se menos efetivo do que esperado, pois alimentou novas internações de longa duração, levando a palavra transinstitucionalização a ser designada como forma de contrapor-se ao almejado processo de desinstitucionalização.

Nesse sentido, conforme salienta DE LEONARDIS (1998) a transinstitucionalização é compreendida como o processo que substitui a internação psiquiátrica por outros modos de institucionalização, seja em albergues, casas de repouso, ou outros locais que funcionem como serviços especializados e fechados em

sua expertise, passando a imprimir ao que o autor denomina de “lógicas em circuito”, em que as pessoas passam a percorrer os diversos serviços extrahospitais especializados, obtendo respostas fragmentadas e pontuais, que produzem circuitos de abandono e cronicidade. Tais circuitos são denominados de “circuitos transinstitucionalizantes” por OLIVEIRA (2015) e BARROS (2018).

Na seara prisional, os HCTPS paulistas, conforme já expusemos, ao contrário do esperado com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, continuam a receber indivíduos, inclusive, com a ampliação dos locais de internação, com a instalação das alas psiquiátricas, fazendo com que a transinstitucionalização, assinalada pela transferência de uma instituição da área penitenciária, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, para instituições da área da saúde, seja o Hospital Psiquiátrico Comum ou CAPS, seja uma dinâmica presente.

Nesse sentido, a partir do reconhecimento das limitações existentes ao processo de desinstitucionalização e da coexistência entre os serviços extrahospitais e as instituições de internação, como os Hospitais Psiquiátricos e os HCTPs, conforme considerado por ROTELLI *et al* (1990), devemos compreender a transinstitucionalização sempre de forma provisória, como possibilidade de transferência a locais mais adaptados aos preceitos da Reforma Psiquiátrica e como locais que possam desenvolver atividades voltadas à promoção, prevenção, reabilitação, desinstitucionalização e reinserção social dos indivíduos.

Nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, como estabelecimentos prisionais, os aspectos carcerários se sobrepõem aos cuidados em saúde, sem a necessária articulação com a Rede de Atenção Psicossocial e sem inserção na política de saúde mental vigente no Brasil.

Os Hospitais Psiquiátricos vinculados aos SUS, por sua vez, já se encontram inseridos na política de saúde mental e podem contar “com diversos dispositivos e estratégias criados para a reorientação da atenção e o redirecionamento dos recursos” (KOLKER, 2016, p. 219) e, dessa forma, podem estar mais adaptados aos preceitos da Reforma do que os HCTPs, realizando as articulações necessárias com a Rede de Atenção Psicossocial, sobretudo, enquanto o seu processo de implantação e expansão esteja em curso.

Na dinâmica dessas transferências, o CAPS deve representar o ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, constituído por equipe multiprofissional,

com atuação interdisciplinar e atendimentos, prioritariamente, em espaços coletivos, com o envolvimento da equipe, o usuário e sua família na construção do Projeto Terapêutico Individual, atuando em seu território e de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O CAPS, como dispositivo estratégico da atual política pública de assistência à saúde mental, possui como principal desafio a desinstitucionalização, para que não seja compreendido como um mero estabelecimento de saúde e reprodutor de um modelo asilar, mas ofereça cuidados em saúde, para além da noção da tutela das pessoas, favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

As transferências entre os HCTPS e CAPS poderão representar uma forma de transinstitucionalização caracterizada por um “circuito” alimentado por novas reinternações, a chamada “porta giratória” ou “revolving door”, mas poderá apresentar-se como estratégia de desinstitucionalização, a depender da forma como as instituições da Saúde e da Justiça se constituírem nessa dinâmica, como instituições de desinstitucionalização, ou não, colocando-se para além da loucura e do crime, o que implica pensar nas áreas da Saúde e Justiça não como “fonte de legitimação do outro ou a que as ações de saúde mental façam a função de *continuum* disciplinador com o cárcere no centro” (VICENTIN, 2010c, p. 52), mas com uma atuação em conjunto, sempre com vistas aos processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

1.2.2. Dos possíveis processos da Transinstitucionalização no contexto das medidas de segurança no Estado de São Paulo

O Poder Judiciário determina a transferência dos indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei dos HCTPs para os Hospitais Psiquiátricos Comuns ou CAPS, sob duas condições: (1ª.) a medida de segurança foi extinta por seu cumprimento, mas o laudo psiquiátrico atesta que a periculosidade do indivíduo não foi cessada e (2ª.) na desinternação condicional.

Em relação à 1ª. condição, em que se reconhece a extinção da medida de segurança, temos a caracterização das seguintes situações:

A primeira situação em que se extingue a medida de segurança por seu cumprimento pelo lapso temporal, é o entendimento de que a medida de segurança não pode ter prazo indeterminado, diante da vedação da Constituição Federal às penas perpétuas. Assim, a Medida de Segurança, assim como a pena, não poderia ultrapassar o limite temporal de 30 anos.

Para o Supremo Tribunal Federal prevalece o entendimento de que há o prazo máximo de 30 anos para o cumprimento da medida de segurança, 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.

A segunda situação é a estabelecida pela Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que estabelece: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado⁶”.

A terceira situação refere-se à concessão do indulto previsto na Constituição Federal, artigo 84, XII, por meio de Decreto Presidencial, extinguindo a punibilidade dos indivíduos e o consequente cumprimento integral da medida de segurança.

A possibilidade de concessão do indulto presidencial aos indivíduos submetidos à medida de segurança é matéria polêmica, mas o Supremo Tribunal Federal, igualmente, em 2015⁷, posicionou-se pela constitucionalidade da concessão do indulto, “perdoando-se” a medida de segurança de determinados indivíduos anualmente, extinguindo-se a medida.

Os decretos presidenciais que anualmente concedem o indulto estabelecem que este seja realizado independentemente da cessação de periculosidade, desde que tenham suportado privação da liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada ou nos casos de substituição de

⁶ Por exemplo, o indivíduo submetido à medida de segurança por ter praticado um furto não poderia ficar internado em um Hospital de Custódia por mais de 4(quatro) anos, já que a pena prevista por tal delito é de um a quatro anos.

⁷ Supremo Tribunal Federal, Recurso Extraordinário nº 628658, Relator: Ministro Marco Aurélio, Tribunal Pleno, julgado em 05/11/2015.

pena privativa de liberdade que foi convertida em medida de segurança, por período igual ao remanescente da condenação cominada.

Nas situações acima elencadas, a extinção da medida de segurança ocorre por um critério temporal e objetivo, não se submetendo aos critérios estritamente legalistas previstos no Código Penal, que determinam que a medida de segurança não tenha prazo determinado e está condicionada ao Laudo de Cessação de Periculosidade, cujo objetivo é o de realizar verdadeira prognose, com a certeza de que o indivíduo não voltará a delinquir.

Entretanto, não é o que ocorre quando não há a “cessação de periculosidade” do indivíduo. Diante da extinção da medida de segurança, deixá-los nos HCTPs seria considerado ilegal, mas permitir-lhes a liberdade seria “perigoso”, segundo a visão dos Tribunais. Assim, sob a justificativa do discurso de defesa social, determina-se a transferência para um Hospital Psiquiátrico Comum.

A 2ª. condição vislumbrada para a determinação da transferência do HCTP para o Hospital Psiquiátrico Comum ou CAPS ocorre na desinternação condicional, quando há o laudo cessação de periculosidade.

O período da desinternação é de um ano e será sempre condicional, impondo-se as condições previstas nos artigos 132 e 178, da Lei de Execuções Penais (LEP): obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho, comunicar periodicamente ao Juiz sua ocupação; não mudar do território da comarca do Juízo da execução, sem prévia autorização deste, recolher-se à habitação em hora fixada, não frequentar determinados lugares.

Durante esse período de um ano, se o indivíduo praticar “qualquer fato indicativo da persistência da periculosidade”, conforme preceitua o artigo 97, §3º, do Código Penal, terá a sua medida de segurança reestabelecida, conforme texto legal, a seguir transcrito:

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

Assim, em relação à medida de segurança de internação, em caso positivo do laudo de cessação de periculosidade, haverá o período de 1 (um) ano em que o indivíduo será desinternado cumprindo determinadas condições e, caso não pratique

nenhum fato indicativo da persistência de sua periculosidade, sua medida de segurança será extinta.

Em relação às condições impostas durante o período de desinternação, tais condições estão previstas no artigo 132, da Lei de Execução Penal, que traz um rol de condições obrigatórias, previstas no parágrafo 1º. e um rol de condições facultativas, previstas no parágrafo 2º., que são aquelas estabelecidas a critério do juiz, diante da necessidade do caso concreto.

O artigo 132 da LEP estabelece as condições obrigatórias e facultativas, a seguir transcrito:

Deferido o pedido, o Juiz especificará as condições a que fica subordinado o livramento.

§ 1º Serão sempre impostas ao liberado condicional as obrigações seguintes:

- a) obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho;
- b) comunicar periodicamente ao Juiz sua ocupação;
- c) não mudar do território da comarca do Juízo da execução, sem prévia autorização deste.

§ 2º Poderão ainda ser impostas ao liberado condicional, entre outras obrigações, as seguintes:

- a) não mudar de residência sem comunicação ao Juiz e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção;
- b) recolher-se à habitação em hora fixada;
- c) não frequentar determinados lugares.

O artigo de lei acima referido refere-se ao benefício do livramento condicional, benefício concedido a imputáveis durante o cumprimento da pena e aplicado na desinternação condicional por disposição do artigo 178 da LEP.

Em relação à desinternação condicional, como condição facultativa, a condição de tratamento ambulatorial tem sido imposta, determinando-se a transferência para Hospital Psiquiátrico, diante da falta de respaldo familiar e/ou quadro de vulnerabilidade sócio/econômico da pessoa desinternada, ou a realização do tratamento no CAPS.

Os casos de desinternação condicional pressupõem a cessação da periculosidade e o cumprimento do período de um ano sem o cometimento de fato que possa ser considerado indicativo da persistência de sua periculosidade. A prática de fato enquadrado como indicativo dessa persistência enseja a conversão da desinternação em nova internação (reinternação).

Apesar do Parecer da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal, da Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010, do Conselho

Nacional de Justiça e da Resolução 4, de 30 de julho de 2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, do Ministério da Justiça, estabelecerem a adoção das diretrizes da lei 10.216/01 no cumprimento das medidas de segurança, os artigos do Código de Processo Penal e do Código Penal, que tratam do tema, seguem inalterados. Assim, as medidas de segurança de internação em HCTPs continuam a ser aplicadas, inclusive, com a ampliação de novas alas psiquiátricas no Estado de São Paulo, como ressaltado em item anterior.

Os HCTPs continuam submetidos à legislação psiquiátrico-penal criada à época do Estado Novo e não possuem a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial, o que seria condição necessária para a construção de um projeto terapêutico individual e para o sucesso das transferências interinstitucionais realizadas, uma vez que os indivíduos deveriam sair dos HCTPs e ser acolhidos, em uma perspectiva de responsabilidade partilhada.

Além de serem destituídos de apoio social e econômico, os internos dos HCTPs não contaram com um tratamento adequado durante a internação no HCTP, capaz de lhe proporcionar condições de estarem nos equipamentos em meio aberto, pois não se pode argumentar que uma internação em estabelecimento prisional possa ser terapêutica, diante da prevalência do caráter custodial e carcerário existente, conforme já ponderado.

Seja no tratamento ambulatorial no CAPS, seja no Hospital Psiquiátrico, os indivíduos estarão sujeitos a maior possibilidade de cometerem fatos, que possam ser considerados indicativos da suposta persistência de periculosidade, de acordo com a forma como se operacionalizarem essas transferências.

Tais transferências poderão representar uma nova forma de punição ao indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei, pois, além de serem destituídos de apoio social e econômico e não contarem com um tratamento adequado durante sua internação no HCTP, capaz de lhe proporcionar condições de estarem nos equipamentos em meio aberto, continuarão sob a tutela do Poder Judiciário, sob o pretexto de estarem cumprindo uma medida terapêutica.

Essa tutela do Poder Judiciário sobre os indivíduos sempre partirá de pressupostos jurídicos baseados na dogmática penal, o que representaria o predomínio do pensamento punitivista, contrário aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

É preciso considerar que as transferências possam representar, apenas, o deslocamento de indivíduos e o reforço dos problemas existentes nos HCTPs, conforme ponderado por KOLKER (2016):

Além disso, o novo paradigma exige um compromisso entre todos os envolvidos e o investimento na construção compartilhada de Planos Terapêuticos voltados para a reabilitação psicossocial, a desinstitucionalização, a atenção contínua e integral em serviços territoriais e a promoção de cidadania e autonomia dos usuários. Assim, medidas puramente administrativas para acelerar a retirada dos pacientes dos HCTPs, com a transferência em massa dos pacientes internados, sem a construção prévia de Projetos Terapêuticos Singulares e a participação das equipes de referência de seu território, acabam produzindo transinstitucionalização e são contraindicadas. Estas, embora possam parecer mais ágeis e eficazes, só transferem o problema de lugar e promovem novas desterritorializações, passando por cima dos vínculos que ainda restem, antes que tenha sido possível a construção de novos territórios existenciais e produzindo uma invisibilidade ainda maior, uma vez que dão a impressão de que o problema foi solucionado (KOLKER, 2016, p. 226).

A transinstitucionalização foi, inicialmente, pensada como forma de transferência para hospitais mais adequados para a realização da reabilitação psicossocial e de reinserção social, não se descartando, portanto, a possibilidade de que os Hospitais Psiquiátricos Comuns possam oferecer tais condições.

Do mesmo modo, o encaminhamento ao CAPS para a realização de tratamento ambulatorial representa, igualmente, a possibilidade de atendimento do indivíduo na Rede de Atenção Psicossocial, com a articulação com os demais equipamentos, o que pode possibilitar a reabilitação psicossocial do indivíduo.

O papel dos CAPS nesse processo, nos casos de desinternação condicional, é fundamental, uma vez que no atual desenho da Rede de Atenção Psicossocial, exercem um papel estratégico de acolhimento inicial dos usuários e articulação com os demais serviços da rede e constituem, de acordo com as colocações de YASUI (2010):

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).

O Censo Psicossocial da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo sobre Moradores de Hospitais Psiquiátricos, realizado em 2014, aponta que entre 2007 e 2014, o número de pacientes moradores em Hospitais Psiquiátricos diminuiu de 6.349 para 4.439, enquanto, no mesmo período, o número de pacientes advindos de HCTPs por determinação judicial, aumentou de 72 para 133 indivíduos, o que representa um aumento de 85%, ou seja, o fenômeno da transinstitucionalização tem se apresentado como desafio para o processo de desinstitucionalização no Estado de São Paulo, sobretudo, pela dependência do cumprimento de protocolos jurídicos, conforme considerado no documento a seguir transcrito:

Tal como se pôde observar no censo de 2014, a maioria dos moradores (37,2%) foi transferida de outros hospitais psiquiátricos (transinstitucionalização), devido, principalmente, ao fechamento das instituições de origem (num processo que remonta dos anos 1990 até os dias atuais), em acordo à política de redução de leitos em estabelecimentos com características asilares. Os dados sugerem que, apesar das políticas de desinstitucionalização, cujas ações visavam a promover melhor resolubilidade para esse grupo de moradores, assim como para os demais casos, os resultados não foram totalmente bem-sucedidos.

Essa situação pode ser ainda mais crítica se levarmos em consideração o encaminhamento feito por casa de custódia, pela administração penitenciária/polícia e pelo Judiciário, que somam 5,1% do total. Os dois primeiros tratam de um grupo de pessoas que cumpriram medida de segurança (casa de custódia) ou pena (administração penitenciária). Dessa forma, são regidos por protocolo técnico penal que, no caso do encaminhamento por casa de custódia, exige a avaliação psiquiátrica e, em ambos os casos, a liberação de um juiz para que a saída ocorra. São pessoas que, por já terem passado por essas instituições, em vez de sair em liberdade, são transferidas para hospitais psiquiátricos (Secretaria de Saúde/SP, Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014, 2015, p. 64).

No Estado de São Paulo, o processo de desinstitucionalização e fechamentos dos Hospitais Psiquiátricos, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, vem ocorrendo na última década, de forma lenta, conforme consignado por BARROS (2014), com desafios para a implantação e ampliação dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial.

BARROS (2014) aponta como dificuldades encontradas no processo de desinstitucionalização, a baixa redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos, o que se relacionaria com uma lacuna na criação de novas RTs e o pouco acesso ao benefício do “Programa de Volta para Casa”, por parte dos egressos dos Hospitais Psiquiátricos.

A expansão dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial apresenta-se como desafio e, no caso, na implantação das Residências Terapêuticas, constitui processo complexo, envolvendo fatores desafiadores, como a descontinuidade das políticas públicas, em todas as esferas do governo, por conta da mudança de gestores e fatores de ordem organizacional, como a escolha e a negociação dos custos do imóvel, a seleção dos futuros moradores, dentre outros (BARROS, 2014).

Além disso, parte dos recursos financeiros são dependentes da desativação de leitos em hospitais psiquiátricos, pois o Ministério da Saúde realiza o repasse de verbas de acordo com a diminuição das autorizações de internação hospitalares correspondentes, o que não ocorre no caso dos HCTPs, por serem estabelecimentos penais.

CARVALHO (2013) aponta que, de 2009 a 2013, a população carcerária, no Brasil, cresceu 50% e, no mesmo período, o número de pessoas submetidas à medida de segurança cresceu 11%.

O citado autor considera preocupante o fato do aumento das pessoas submetidas às medidas de segurança ter ocorrido sob a vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica, o que revelaria a não contenção da onda punitivista relacionada ao “louco infrator” (CARVALHO, 2013).

A ideia presente é a de que o número de pessoas transinstitucionalizadas dos HCTPs para Hospitais Psiquiátricos ou CAPS deverá continuar crescendo de forma gradual e proporcional ao aumento das internações em HCTPs, o que representará o contínuo desafio para a questão da denominada “porta de saída”, principalmente se considerarmos a necessidade de autorização judicial para a liberação desses indivíduos.

Nesse cenário, o problema da relação Crime e Loucura se apresenta como questão relevante de Justiça e Saúde Pública, impondo um necessário debate sobre a “criminalização da loucura” e a “criminalização da pobreza”, com a superação do paradigma da periculosidade e implicando (re)pensar o papel exercido pelos Hospitais Psiquiátricos Comuns e dos Centros de Atenção Psicossocial na assistência à saúde dispensada às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

2. HIPÓTESE E OBJETIVOS

Hipótese: os Hospitais Psiquiátricos Comuns e os CAPS não podem oferecer o tratamento adequado aos indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei, transferidos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, uma vez que tais indivíduos continuam a cumprir medidas de segurança, a partir de uma lógica de privação de liberdade, o que gera implicações por representar limites à promoção de processos de transinstitucionalização, visando a desinstitucionalização desses internos.

A partir de tal hipótese, tendo como eixo de nossa investigação, definimos os seguintes objetivos:

- 1) Caracterizar o perfil de pessoas com transtorno mental internos e ex-internos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo;
- 2) Caracterizar a transinstitucionalização a que são submetidas as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, como mecanismo jurídico-sanitário e identificar as implicações nela presentes;
- 3) Identificar discursos jurídicos, psiquiátricos, como esfera da medicina clínica e de saúde mental, como esfera da saúde pública, que justificam e/ou fundamentam as transferências e acolhimentos de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei dos HCTPs para Hospitais Psiquiátricos Comuns e Centro de Atenção Integral (CAPS) e Residências Terapêuticas (RTs) e tipos de perspectivas presentes nesses discursos em relação ao denominado “louco infrator”;
- 4) Refletir sobre as possibilidades e limites da transinstitucionalização ser operada segundo princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que contemple a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei como sujeito de direitos.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. NATUREZAS DA PESQUISA

Diante do problema sob investigação e em função da hipótese e dos objetivos apresentados, a presente pesquisa circunscreve-se a uma abordagem do tipo qualitativa e documental, uma vez que se apresentam como modalidades pertinentes para a investigação científica, que visa o conhecimento aprofundado de um determinado tema ou fenômeno e o contexto em que ele ocorre, com a constituição de um *corpus* satisfatório e capaz de fornecer as informações interessantes sobre o tema, a partir de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum pesquisador.

3.2. SOBRE A PESQUISA DOCUMENTAL

A pesquisa documental desdobrou-se em algumas etapas, que acabaram por revelar novos dados e, portanto, novos questionamentos, que implicaram o processo de classificação dos dados obtidos e o necessário processo de desconstrução e reconstrução dos dados, fazendo com que existisse, na trajetória da pesquisa documental, uma abordagem analítica dos documentos, cuja relevância é explicitada, por CELLARD (2012):

A história mudou de posição em relação ao documento: ela se atribui como tarefa primeira, não mais interpretar, nem determinar se ele diz a verdade e qual é o seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo internamente e elaborá-lo; ela o organiza, recorta-o, distribui-o, ordena-o, reparte-o em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não o é, identifica elementos, define unidades, descreve relações. Portanto, o documento não é mais para a história essa matéria inerte, por meio da qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado, e do qual somente o rastro permanece: ela busca definir, no próprio tecido documental, unidades, totalidades, séries, relações (CELLARD, 2012, p. 304).

A pesquisa documental apresentou-se, portanto, como ponto de partida inicial para a investigação, conforme as colocações de SÁ-SILVA *et al*, 2009, em relação ao uso de documentos:

Quando um pesquisador utiliza documentos objetivando extrair dele informações, ele o faz investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise; segue etapas e procedimentos; organiza informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas; por fim, elabora sínteses, ou seja, na realidade, as ações dos investigadores – cujos objetos são documentos – estão impregnadas de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos (SÁ-SILVA et al, 2009, p.4).

A análise documental, numa abordagem analítica do documento, implica a escolha inicial das pistas documentais oferecidas ao pesquisador, feita a partir de seus questionamentos iniciais, que poderão ser modificados, a partir das descobertas ou surpresas que surgirem dessa análise. (CELLARD, 2012).

Para isso, a análise documental pressupõe que o pesquisador esteja em um processo de desconstrução e reconstrução dos dados (CELLARD, 2012), estabelecendo relações e associações entre eles para, em seguida, buscar a ampliação do campo de informações, identificando os elementos emergentes que precisam ser aprofundados, fazendo com que a pesquisa documental seja parte integrante da “heurística de investigação” (SÁ-SILVA ET AL, 2009, p. 12).

3.2.1. Fases e Tratamento dos Dados

A primeira fase da pesquisa documental foi realizada a partir de acórdãos selecionados no site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo: www.tjsp.jus.br, clicando na tela inicial do site no link “Processos”, após em “Jurisprudência” e optando-se pelo critério de busca “Consulta Completa”.

Ao acessarmos a tela “Consulta Completa”, utilizamos os seguintes critérios de busca: selecionamos, primeiramente, a Classe Processual “Agravos de Execução Penal”, pois ela contém os recursos que discutem as decisões proferidas nos processos de execução de medida de segurança e, a seguir, no item existente no site denominado “Pesquisa Livre”, na qual indicamos como critério de busca, as seguintes expressões: “Hospitais Psiquiátricos Comuns”, alternativamente “CAPS” e, após, “Residências Terapêuticas”.

Para o *cópus* da pesquisa foram selecionados todos os acórdãos disponíveis que correspondiam, de maneira específica, a processos de execução de medida de segurança, excluindo-se, portanto, os acórdãos que se referiam à

execução de pena.

Como critério de busca não indicamos nenhum período relacionado ao ano de julgamento ou publicação dos acórdãos e obtivemos, nesse primeiro levantamento, um total de 218 (duzentos e dezoito) acórdãos, que foram selecionados e classificados em categorias definidas pela Pesquisadora, de acordo com três critérios: o tipo de pedido que era formulado pela parte que interpôs o recurso, o resultado obtido com o recurso e, por fim, o que o recurso do resultado poderia implicar em termos de transferências institucionais, ou não.

Os acórdãos foram categorizados pela Pesquisadora, em sete grupos, nos seguintes termos:

1º grupo – “Desinternação mantida” - Nesse grupo, que contém 97 (noventa e sete) acórdãos foram agrupados aqueles que mantiveram a decisão de 1º. Grau, que determinou a desinternação condicional do indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei.

2º. Grupo - “Desinternação concedida”. Nesse grupo, que contém 9 (nove) documentos, foram inseridos os acórdãos que reformaram a decisão de 1º. Grau, que prorrogou a medida de segurança de internação, concedendo a desinternação condicional.

3º. Grupo – “Desinternação cassada”. Nesse grupo encontram-se 23 (vinte e três) acórdãos que reformaram a decisão de 1º. Grau, que desinternou condicionalmente o indivíduo, para prorrogar a sua medida de segurança de internação, ou seja, cassando a decisão de desinternação condicional, conforme linguagem jurídica.

4º. Grupo – “Volta para a Internação” - Nesse 4º. grupo os acórdãos foram caracterizados pelas decisões que determinaram o retorno do indivíduo ao HCTP, após o período de desinternação condicional, com um total de 20 (vinte) documentos.

5º. Grupo – “Prorrogação mantida” - No 5º. Grupo, com 27 (vinte e sete acórdãos) acórdãos, foram agrupadas as decisões que mantiveram a decisão de 1º. Grau, que determinou a prorrogação da medida de segurança e indeferiu o pedido de desinternação condicional.

6º. Grupo – “Indulto” – Encontram-se, nesse grupo 25 (vinte e cinco) acórdãos, que discutem a possibilidade da concessão do benefício do indulto às pessoas que cumprem medida de segurança atrelada, ou não, ao laudo de cessação

de periculosidade.

7º. Grupo – “Extinção” - No último grupo constam 17 (dezessete) acórdãos, que discutem a possibilidade de extinção da “Medida de Segurança”, após o cumprimento do tempo da pena máxima prevista para o delito ou após o cumprimento do prazo de 30 (trinta) anos, que seria o tempo máximo permitido, segundo.

Com base nos dados disponíveis nesses acórdãos, seja o número do processo de execução criminal em 1º grau de jurisdição, seja o nome da parte (indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei), passamos ao novo passo, qual seja, o da localização dos processos de execução criminal correspondentes a cada um dos acórdãos.

Essa consulta foi realizada, assim como nos acórdãos, no site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, acessando na página inicial o link: “Consulta Processual”, clicando após no link “VEC-Processos Físicos”.

Ao acessarmos a Consulta Processual na VEC (Vara de Execução Criminal), a busca pelo processo em 1º. Grau poderia ser realizada pelo número do processo de execução criminal ou pelo nome da parte (do indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei).

Para cada acórdão havia a possibilidade de termos as duas informações ou apenas uma delas, que, na maioria dos casos, era apenas o nome da parte, uma vez que a maioria dos acórdãos não continha a informação sobre o número do processo de execução criminal.

Nessa etapa, seja pela digitação do nome do indivíduo, ou pelo número do processo, passamos a identificar a Vara de Execução Criminal em que processo estava localizado.

A busca pelo nome da parte nos sistemas do Tribunal de Justiça nem sempre permitiu a localização do processo de execução criminal correspondente, pois, na maioria dos casos, o sistema digital retornava com a mensagem de que o nome digitado não constava na base de dados do Tribunal, o que impactou no número de processos localizados: 64(sessenta e quatro) processos de execução criminal.

A consulta pelo site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo permitiu a verificação dos seguintes dados: a Vara de Execução Criminal em que o processo estava tramitando e o andamento processual, no momento da consulta.

Desses 64(sessenta e quatro) processos localizados, em todo o Estado de

São Paulo, 11 (onze) estavam arquivados, o que não permitia a consulta sem requerimentos específicos ao Poder Judiciário que, em geral, exige procuração para a realização do desarquivamento e, portanto, a consulta a tais processos foi excluída.

Diante disso, selecionamos os demais para a busca, segundo a Vara de Execução Criminal, e obtenção de cópias integrais para o *corpus* da pesquisa.

A obtenção das cópias integrais dos processos não foi realizada em todos os processos localizados, diante de alguns obstáculos que impossibilitaram o acesso aos autos: a decretação de segredo de justiça, a exigência de que a pesquisadora fosse advogada da parte para tirar xérox ou fotos, podendo somente compulsar os autos, não localização dos autos em Cartório por estarem com o juiz, Ministério Público ou Defensoria, nos dias em que a Pesquisadora realizava a pesquisa documental, em diferentes cidades do Estado de São Paulo.

Assim, foram obtidas cópias integrais de 33(trinta e três) processos, sendo que 13(treze) processos físicos tramitavam na Comarca de São Paulo, Capital e 20 (vinte) processos foram localizados em diversas cidades do Estado de São Paulo, como Limeira, Botucatu, Americana, Campinas, Caraguatatuba, Ferraz de Vasconcelos, Fartura, Itapetininga, Itapeva, Jales, Junqueirópolis, Mairiporã, Marília, Mocóca, Mogi Guaçu, Olímpia, São José do Rio Preto, Taboão da Serra e Tupã.

Esses processos foram analisados em relação aos documentos que continham e que pudessem fornecer dados sobre as transferências entre os HCTPS e Hospitais Psiquiátricos ou CAPS, restando, assim, um universo de 26 (vinte e seis processos).

Por fim, diante dos dados e documentos encontrados nos processos de execução criminal, que apontavam a não disponibilização de vagas para internos dos HCTPS, a partir do nome dos indivíduos internados que ainda permaneciam nos HCTPs, realizamos nova pesquisa no site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, clicando na tela inicial no site no link “Consulta Processual”, a seguir em “Processo de 2º. Grau” e realizamos, daí, a busca por nome.

Essa consulta permitiu localizar ações, como Mandados de Segurança e Habeas Corpus interpostos pela Defensoria, a favor desses indivíduos, como Ações de Internação Compulsória cumuladas com Interdição, propostas pelo Ministério Público, em desfavor desses indivíduos.

A partir da localização dessas ações, consultamos o andamento dos

processos em 1º grau de jurisdição, tendo acesso, via digital, somente aos processos que não tramitavam em segredo de justiça.

Nessa fase da pesquisa documental, pudemos identificar 8 (oito) processos tramitando perante a esfera cível, sendo:

Quatro (4) processos de ações movidas pela Defensoria Pública contra a Fazenda Pública do Estado de São Paulo e a Fazenda Pública do Município de Franco da Rocha para pleitear vagas a indivíduos que necessitavam de vagas em residências terapêuticas e/ou hospitais psiquiátricos.

Quatro (4) processos de ações de internação compulsória cumulada com interdição, propostas pelo Ministério Público do Estado de São Paulo.

Essa 2ª. fase da pesquisa documental consistiu na sistematização dos dados sociodemográficos, jurídicos e processuais dos indivíduos, conforme objetivo nº 01, assim como na análise de documentos processuais, como laudos periciais, decisões judiciais, petições iniciais, ofícios, e-mails, relacionando-os, notadamente, aos objetivos de nº 02 e 03 que, respectivamente, buscava “caracterizar a transinstitucionalização a que são submetidas as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, como mecanismo jurídico-sanitário e identificar as implicações nela presentes” e “identificar discursos jurídicos, psiquiátricos e de saúde mental que justificam e/ou fundamentam as transferências e acolhimentos de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei dos HCTPs para Hospitais Psiquiátricos Comuns e Centro de Atenção Integral (CAPS) e Residências Terapêuticas (RTs)”.

Em uma 3ª. fase da pesquisa documental, passamos à análise mais aprofundada de exames de verificação de periculosidade, decisões judiciais que determinavam a desinternação dos indivíduos, as petições iniciais que foram propostas nas ações cíveis propostas pela Defensoria e pelo Ministério Público, traçando a trajetória processual de alguns casos específicos, em que ocorreram transferências institucionais.

A escolha de tais documentos foi motivada e relacionada à hipótese e aos objetivos da presente pesquisa, notadamente, o objetivo de nº. 3 no qual visamos ““identificar discursos jurídicos, psiquiátricos e de saúde mental que justificam e/ou fundamentam as transferências e acolhimentos de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei dos HCTPs para Hospitais Psiquiátricos Comuns e Centro de Atenção Integral (CAPS) e Residências Terapêuticas (RTs)”, assim como o de nº. 2,

que se propõe a “caracterizar a transinstitucionalização a que são submetidas as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, como mecanismo jurídico-sanitário e implicações nela presentes”.

3.2.2. Interpretação de acórdãos e documentos processuais

Ao final da pesquisa documental foram identificados 218(duzentos e dezoito) acórdãos e 34(trinta e quatro) processos, que correspondem 34(trinta e quatro) sujeitos da pesquisa, dos quais buscamos identificar as principais informações sociais, econômicas e processuais e 10(dez) sujeitos da pesquisa e suas trajetórias processuais.

Em relação aos processos, diante da existência de inúmeros documentos, foram selecionados para análise aqueles considerados centrais para o entendimento da dinâmica das transferências institucionais, que se referiam aos aspectos relacionados à “entrada” ou à “saída” dos indivíduos dos HCTPs, Hospitais Psiquiátricos ou CAPS. Entre eles, foram enfatizados, sobretudo, os exames de cessação de periculosidade, as decisões judiciais dos processos de execução criminal que determinavam a desinternação ou reinternação dos indivíduos, petições iniciais e documentos anexos às ações cíveis.

Na interpretação dos dados e narrativas oriundos dos acórdãos e processos criminais e cíveis foi empregada a literatura especializada dos campos da Criminologia Crítica, do Direito, Saúde Pública e Ciências Sociais.

Diante dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira inspirada na Reforma Democrática Italiana, foi tomada como eixo de interpretação, as obras de Franco Basaglia e Franco Rotelli, consideradas fundamentais para a interpretação dos dados, assim como a obra de Paulo Amarante no Brasil, referente às experiências de Franco Basaglia.

As obras de Loic Wacquant, nos campos da Sociologia e da Criminologia Crítica, a partir da formulação de seu conceito sobre o Estado Penal, aliada à produção científica brasileira relacionada às suas obras, bem como as de Raul Zaffaroni, nos campos do Direito Penal e Criminologia Crítica, também foram empregadas para a análise e interpretação dos dados.

Por fim, a obra de Michel Foucault apresentou-se como central para a interpretação dos dados e diferentes narrativas.

3.3. SOBRE A PESQUISA QUALITATIVA

Na perspectiva do emprego da pesquisa qualitativa, podemos observar as colocações de Minayo e Sanches acerca da questão:

Por trabalhar em nível de intensidade das relações sociais (para se utilizar uma expressão kantiana), a abordagem qualitativa só pode ser empregada para a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis mais pelo seu grau de complexidade interna do que pela sua expressão quantitativa. Adequa-se, por exemplo, ao estudo de um grupo de pessoas afetadas por uma doença, ao estudo do desempenho de uma instituição, ao estudo da configuração de um fenômeno ou processo (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 245).

Considerando-se a hipótese e os objetivos propostos, é fundamental a reflexão a respeito sobre a mudança do *lócus* que recepcionam as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e o que isso representa em termos de permanências ou mudanças nos cuidados de saúde dispensados a esses indivíduos, dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica.

A metodologia qualitativa, nesse sentido, possibilita a compreensão a da forma de vida de um determinado grupo social, não se revestindo apenas em mero registro sobre a vida das pessoas.

Sobre a relevância dos métodos qualitativos, podemos observar as considerações de Victora *et al* (2000):

[...] os métodos qualitativos de pesquisa são úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. Assim sendo, eles permitem a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo. Essa abordagem é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos (VICTORA *et al*, 2000, p. 37).

Para uma análise em profundidade do tema, a tecnologia da pesquisa compreendeu a pesquisa documental e a realização de entrevistas com dois grupos de sujeitos da pesquisa, bem como a pesquisa bibliográfica, com apoio na literatura especializada das áreas do Direito, Saúde Pública e Ciências Sociais.

3.3.1. Sujeitos da Pesquisa

Em relação à pesquisa qualitativa, os sujeitos da pesquisa foram constituídos por dois grupos específicos: (1º.) profissionais da área jurídica, tais como juízes, promotores de justiça e defensores públicos, que atuassem ou tivessem atuado em processos criminais de execução de medida de segurança ou em processos cíveis que envolvam as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e (2º.) profissionais da área da saúde, tais como psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, que tivessem experiência de trabalho em Hospitais Psiquiátricos, Centro de Atenção Integral (CAPS) ou Residências Terapêuticas (RTs), que tivessem recebido indivíduos advindos dos HCTPs, assim como experiência na coordenação na área de saúde mental ou acompanhamento terapêutico, entre outras.

Ao todo foram entrevistadas 7 profissionais, sendo 4 entrevistados da área jurídica: dois juízes, uma promotora de justiça e um defensor público e três entrevistados da área de saúde: uma psicóloga, uma coordenadora de saúde mental municipal e uma acompanhante terapêutica. Em relação aos entrevistados da área da Saúde salientamos a dificuldade de encontramos profissionais com disponibilidade em conceder entrevistas relacionadas à temática, assim como profissionais que tivessem experiências profissionais com indivíduos advindos dos HCTPS. Por fim, ressaltamos que buscamos entrevistar pessoas da Secretaria Estadual de Saúde, o que também não foi viabilizado, apesar das diversas tentativas.

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. ‘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 relação aos sujeitos da pesquisa da área jurídica, pertencentes ao 1º. Grupo, entrevistamos profissionais que puderam contribuir notadamente, ao objetivo

de nº. 2, assim como aos objetivos de nº. 3 e 4, conforme item 2- Hipóteses e Objetivos, definidos para o trabalho.

Quanto ao 2º. Grupo, buscamos informações relativas às experiências profissionais e de vida capazes de contribuir, notadamente, ao objetivo de nº. 3, assim como aos objetivos de nº. 2 e 4, também conforme item 2- Hipóteses e Objetivos, definidos para o trabalho.

As entrevistas foram realizadas a partir de um Roteiro Temático para profissionais das áreas jurídica e da saúde, tendo em vista a pesquisa em profundidade e a flexibilidade que esse instrumento oferece no processo de entrevista (MEIHY, 1998).

Vale observar que esse instrumento contemplou questões relevantes, oriundas da pesquisa documental, que precedeu a pesquisa qualitativa.

Esse instrumento contemplou um conjunto de questões envolvendo temas relativos ao problema sob investigação e atender ao critério de flexibilidade, importante em entrevistas dessa natureza por contemplar espaços de fala para questões não previstas nos referidos temas.

Em relação à seleção dos entrevistados, de diferentes áreas jurídicas e da saúde, ela foi realizada por caminhos ou vias não institucionais, ou informais, que dispensaram o termo de anuência das instituições a que estão vinculados os sujeitos.

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

3.3.2. Tratamento e Análise das Narrativas

Os relatos orais foram transcritos por profissionais especializados e devidamente revisados pela Pesquisadora para fins de utilização no corpo da tese.

A partir dos relatos, buscamos, em um primeiro momento, identificar categorias de análise ou temáticas, tendo em vista a apresentação, na tese, das narrativas dos referidos sujeitos, relevantes à problemática da pesquisa, sua hipótese e objetivos.

Primeiramente, em uma aproximação da proposta de Minayo (2004), buscamos a identificação de palavras-chave e expressões do tema proferidas pelos entrevistados, que fossem representativas da linguagem própria do senso comum ou técnico-profissional. Tendo em vista que os enunciados dessa categoria ainda se encontravam 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 das narrativas proferidas pelos diferentes entrevistados. As categorias gerais foram, por sua vez, reagrupadas, em núcleos estruturadores das narrativas, tendo em vista a elaboração de enunciados teóricos mais amplos, visando a organização, estruturação e apresentação dos resultados da pesquisa, para fins de interpretação desse conjunto que foi considerado o *corpus* da investigação.

Na interpretação das narrativas optamos pela perspectiva proposta por SPINK (1993), denominada de “práticas discursivas”, tendo em vista contextualizarem as áreas de atuação dos diferentes sujeitos investigados, buscando identificar de que lugar os mesmos proferiram suas falas e de que forma os sujeitos sociais constroem e atribuem sentidos às suas diferentes vivências, nas relações sociais que estabelecem na vida cotidiana e mundo 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”, uma vez que é a expressão utilizada em documentos elaborados pelo Conselho Federal de Psicologia.

Tal colocação faz-se necessária, uma vez que há uma intencionalidade da pesquisadora na utilização de determinados termos e o trabalho de construção da realidade social manifesta-se no próprio plano das palavras (LENOIR, 1996).

Procuramos, com esse tipo de opção, priorizar a pessoa, e não o transtorno que a estigmatiza, com base na concepção de uma identidade considerada fixa e imutável, em contraposição à visão de identidades múltiplas, abstratas, contraditórias, inacabadas e fragmentadas, que melhor caracterizam o sujeito pós-moderno, segundo concepção de Foucault, referido por HALL (2003).

3.4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos considerados na pesquisa foram baseados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, sendo que o respectivo projeto de pesquisa 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 desse estudo.

Os sujeitos da pesquisa foram informados que a participação era voluntária, mediante a autorização prévia por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos I) e que poderiam retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

O referido termo de consentimento livre e esclarecido fez referência que, quanto aos riscos para o entrevistado eles seriam mínimos, ou seja, constariam de desconfortos mínimos, dada à natureza da pesquisa, que versaria sobre questões que poderiam, eventualmente, sensibilizar o entrevistado em razão de alguma experiência pregressa considerada negativa para ele; poderia, ainda, não se sentir à vontade para responder alguma pergunta formulada, sendo, nesse caso, desnecessário apresentar justificativa; ou, também, considerar que sua prática profissional estivesse sendo avaliada.

Em relação aos benefícios da pesquisa, os entrevistados foram esclarecidos de que a pesquisa não traria benefícios diretos a eles, mas poderia trazer benefícios indiretos pelas possibilidades de contribuir para a formulação de futuras políticas públicas ou legislações relacionadas aos indivíduos com transtorno mental que cometam delitos.

A pesquisadora comprometeu-se a utilizar os dados coletados, exclusivamente para fins da elaboração da tese de Doutorado, assim como publicação de seus resultados em revistas especializadas, bem como preservar o anonimato dos dois grupos de profissionais, assim como dos processos de indivíduos reclusos, que

foram levantados na pesquisa documental e utilizados na tese de doutorado, não sendo, portanto, utilizado nenhum dado que identifique o sujeito em questão.

Esclarecemos, ainda, que a presente pesquisa não contava com incentivo financeiro de agências de fomento à pesquisa, ou patrocínio de qualquer outra instituição. Desse modo, as despesas originadas a partir da mesma eram custeadas pela própria pesquisadora.

4. TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO, PERFIS E TRAJETÓRIAS PROCESSUAIS DO “LOUCO INFRATOR” EM ACÓRDÃOS E PROCESSOS CÍVEIS E CRIMINAIS

4.1. O MAPEAMENTO DOS ACÓRDÃOS: SOBRE A IDENTIFICAÇÃO DE SUJEITOS ENCARCERADOS EM HCTPS E SUAS CONDIÇÕES PROCESSUAIS NAS TRAMAS DA TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO

Diante dos objetivos propostos, era fundamental a análise de processos de execução criminal dos indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei, pois são os processos que visam monitorar o cumprimento e a extinção da medida de segurança, contendo os documentos oficiais emanados pelos setores da Justiça e Saúde, em relação à determinação das transferências institucionais desses indivíduos.

O acesso a tais processos permitiria a análise de decisões judiciais, pareceres do Ministério, ofícios do Poder Público, perícias médicas e relatórios psicológicos.

Além disso, o mapeamento desses processos permitiria, em tese, a identificação dos locais para os quais esses indivíduos tivessem sido transferidos e, posteriormente, a possibilidade de encontrar esses indivíduos nesses locais.

Para a localização desses processos, para posterior acesso, foi necessária uma pesquisa documental precedente, a partir do mapeamento de acórdãos, diante da inexistência de documentos oficiais que pudessem ser consultados para imediata localização de processos em que tivessem ocorrido a transinstitucionalização ou, ainda, a consulta de indivíduos, que já estivessem em Hospitais Psiquiátricos Comuns, advindos dos HCTPs.

Dessa forma, a pesquisa documental desdobrou-se em algumas etapas, que acabaram por revelar novos dados e, portanto, novos questionamentos, que implicaram o processo de classificação dos dados obtidos e o necessário processo de desconstrução e reconstrução dos dados, fazendo com que existisse, na trajetória

da pesquisa documental, uma abordagem analítica dos documentos, cuja relevância é explicitada, por FOUCAULT, *apud* CELLARD, 2012:

A história mudou de posição em relação ao documento: ela se atribui como tarefa primeira, não mais interpretar, nem determinar se ele diz a verdade e qual é o seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo internamente e elaborá-lo; ela o organiza, recorta-o, distribui-o, ordena-o, reparte-o em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não o é, identifica elementos, define unidades, descreve relações. Portanto, o documento não é mais para a história essa matéria inerte, por meio da qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado, e do qual somente o rastro permanece: ela busca definir, no próprio tecido documental, unidades, totalidades, séries, relações (FOUCAULT, 1969, p.14, *in* CELLARD, 2012, p. 304)

A pesquisa documental, portanto, apresentava-se como ponto de partida inicial para a investigação, conforme as colocações de SÁ-SILVA *et al*, 2009, em relação ao uso de documentos:

Quando um pesquisador utiliza documentos objetivando extrair dele informações, ele o faz investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise; segue etapas e procedimentos; organiza informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas; por fim, elabora sínteses, ou seja, na realidade, as ações dos investigadores – cujos objetos são documentos – estão impregnadas de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos (SÁ-SILVA *et al*, 2009, p.4).

A análise documental, em sua abordagem analítica, implica a escolha inicial das pistas documentais oferecidas ao pesquisador, feita a partir de seus questionamentos iniciais, que poderão ser modificados, a partir das descobertas ou surpresas que surgirem dessa análise. (CELLARD, 2012).

Para isso, a análise documental pressupõe que o pesquisador esteja em um processo de desconstrução e reconstrução dos dados (CELLARD, 2012), estabelecendo relações e associações entre eles para, em seguida, buscar a ampliação do campo de informações, identificando os elementos emergentes que precisam ser aprofundados, fazendo com que a pesquisa documental seja parte integrante da “heurística de investigação” (SÁ-SILVA ET AL, 2009, P. 12).

Dessa forma, o processo de análise documental envolveu um desenvolvimento concatenado, que se iniciou com a obtenção de um conjunto inicial de categorias, a partir da análise de acórdãos, passando-se a uma fase de aprofundamento, com o intuito de aumentar o conhecimento sobre o objeto da pesquisa, caracterizada pela análise dos processos de execução criminal obtidos,

passando a estabelecer relações e associações, a partir dos dados obtidos e, em seguida, para ampliar o campo de informações, com a identificação de elementos emergentes que precisavam ser aprofundados, passamos à pesquisa qualitativa(SÁ-SILVA ET AL, 2009, P. 12).

Por esse motivo, a explicitação da metodologia documental não pode ser deslocada da análise dos documentos, optando-se na apresentação dos resultados obtidos pela apresentação da metodologia empregada.

A primeira fase da pesquisa documental foi realizada a partir de acórdãos selecionados no site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo: www.tjsp.jus.br, clicando na tela inicial do site no link “Processos”, após em “Jurisprudência” e optando-se pelo critério de busca “Consulta Completa”.

Ao acessarmos a tela “Consulta Completa”, utilizamos os seguintes critérios de busca: selecionamos a Classe Processual “Agravos de Execução Penal”, pois são os recursos que discutem as decisões proferidas nos processos de execução de medida de segurança e no item existente no site denominado “Pesquisa Livre”, indicamos como critério de busca, a seguinte expressão: “Hospitais Psiquiátricos Comuns”, local pensado inicialmente como *locus* principal da transinstitucionalização”.

Nessa primeira consulta identificamos o retorno de 102 (cento e dois acórdãos).

Após tal identificação, a análise desses primeiros acórdãos revelou que a transferência de indivíduos na desinternação condicional ocorria para os CAPS e Residências Terapêuticas e, assim, ampliou-se o critério temático da busca, realizando-se a busca no campo “Pesquisa Livre” com as seguintes palavras-chave: CAPS e Residências Terapêuticas.

Ao digitarmos a palavra CAPS tivemos o retorno de 550 (quinhentos e cinquenta acórdãos) e ao digitarmos a expressão “Residências Terapêuticas” obtivemos o retorno de 24 (vinte e quatro acórdãos).

Para o *cópus* da pesquisa foram selecionados todos os acórdãos disponíveis que correspondiam, somente, à processos de execução de medida de segurança, excluindo-se os acórdãos que se referiam à execução de pena.

Como critério de busca não indicamos nenhum período relacionado ao ano de julgamento ou publicação dos acórdãos, uma vez que a intencionalidade era a de levantar a partir de qual ano a problemática da pesquisa passou a ser discutida, em

termos jurídicos, no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, considerando que a pesquisa documental poderia adicionar “a dimensão do tempo à compreensão do social” (CELLARD, 2012, p. 295)

Ao final desse primeiro levantamento, obtivemos um total de 218 (duzentos e dezoito) acórdãos selecionados, que foram classificados em categorias formuladas pela Pesquisadora, de acordo com três critérios: o tipo de pedido que era formulado pela parte que interpôs o recurso, o resultado obtido com o recurso e o que o resultado do recurso poderia implicar em termos de transferências institucionais.

Para essa análise, observamos os acórdãos, que em sua primeira página, continham o denominado “Acórdão” propriamente dito, ou seja, o resumo da decisão colegiada proferida pela Câmara Criminal naquele recurso, com os principais dados processuais, como número do Agravo de Execução, nome do Agravante e Agravado, Câmara Criminal que proferiu a decisão e Desembargadores que participaram da Sessão de Julgamento e, ao final, do documento o local e a data do julgamento, com o nome e assinatura do Desembargador Relator.

Os dados anotados da 1ª página do documento foram: a parte Agravante, ou seja, a parte que estava recorrendo ao Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo para pleitear a reforma da decisão proferida em 1º. Grau de jurisdição e a data do julgamento do recurso, considerando-se, apenas, no ano em que a decisão foi proferida.

As páginas seguintes dos acórdãos, de acordo com o esquema tradicional das decisões judiciais, eram compostas pelos Relatório, Fundamentação e Dispositivo.

No Relatório há breve apresentação das razões recursais. Na fundamentação há a exposição dos argumentos da decisão que será proferida. E, por fim, o dispositivo que consiste no decreto final, em uma espécie de resumo, da decisão.

Para análise dos acórdãos, buscou-se, em relação ao Relatório, compreender o principal pedido formulado pela parte Agravante, ou seja, a parte que interpôs o Recurso, para pleitear a reforma da decisão de 1º. Grau perante o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Após, com a análise da Fundamentação do acórdão, foram selecionados os argumentos utilizados pelos Desembargadores do Tribunal para dar provimento,

ou não, ao recurso interposto.

Os acórdãos foram divididos em 7 (sete) grupos, conforme o tipo de pedido formulado pela parte no recurso, bem como pelo tipo de provimento jurisdicional obtido.

Dessa forma, os acórdãos foram classificados nas seguintes categorias:

1º grupo – “Desinternação mantida” - Nesse grupo foram agrupados os acórdãos que mantiveram a decisão de 1º. Grau, que determinou a desinternação condicional do indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei. O número total de acórdãos encontrados foi o de 97 (noventa e sete) acórdãos.

2º. Grupo - “Desinternação concedida”. Nesse grupo foram inseridos os acórdãos que reformaram a decisão de 1º. Grau, que prorrogou a medida de segurança de internação, concedendo a desinternação condicional. O número total de acórdãos selecionados nesse grupo foi o de 9 (nove) acórdãos.

3º. Grupo – “Desinternação cassada”. Nesse grupo estão os acórdãos que reformaram a decisão de 1º. Grau, que desinternou condicionalmente o indivíduo, para prorrogar a sua medida de segurança de internação, ou seja, cassando a decisão de desinternação condicional, conforme linguagem jurídica. O número total de acórdãos encontrados com esse tipo de decisão foi o de 23 (vinte e três) acórdãos.

4º. Grupo – “Volta para a Internação” - Nesse 4º. grupo os acórdãos foram caracterizados pelas decisões que determinaram o retorno do indivíduo ao HCTP, após o período de desinternação condicional. O número total de acórdãos categorizados nesse grupo foi o de 20 (vinte) acórdãos.

5º. Grupo – “Prorrogação mantida” - No 5º. Grupo estão os acórdãos que mantiveram a decisão de 1º. Grau, que determinou a prorrogação da medida de segurança e indeferiu o pedido de desinternação condicional. O número total de acórdãos classificados nesse grupo foi o de 27 (vinte e sete acórdãos) acórdãos.

6º. Grupo – “Indulto” – Encontram-se nesse grupo os acórdãos que discutem a possibilidade da concessão do benefício do indulto às pessoas que cumprem medida de segurança atrelada, ou não, ao laudo de cessação de periculosidade. O número total de acórdãos selecionados nesse grupo foi o de 25 (vinte e cinco) acórdãos.

7º. Grupo – No último grupo, designado como “Extinção”, temos os acórdãos que discutem a possibilidade de extinção da “Medida de Segurança”, após

o cumprimento do tempo da pena máxima prevista para o delito ou após o cumprimento do prazo de 30 (trinta) anos, que seria o tempo máximo permitido, segundo entendimento do Supremo Tribunal Federal e o artigo 5º, XLVII, *b*, da Constituição Federal. São 17 (dezesete) acórdãos classificados nesse grupo.

Assim, conforme a classificação realizada, temos a seguinte distribuição, apresentada no gráfico nº 1, a seguir:

Gráfico nº 01 - Número de Acórdãos por Grupo

Dos identificados 218 (duzentos e dezoito) acórdãos, temos que 115 (cento e quinze) Agravos em Execução foram interpostos pela Defesa e 103 (cento e três) interpostos pelo Ministério Público, como indica o gráfico a seguir:

Gráfico nº 02 - Número de Acórdãos *versus* Parte que interpôs Recurso

Em relação ao ano de julgamento do recurso e, portanto, o ano em que foi o acórdão proferido temos a seguinte distribuição, conforme gráfico nº 03, abaixo representado:

Gráfico nº 03 - Número de Acórdãos julgados por Ano

O número de Recursos julgados por ano, relacionados à temática, tem aumentado na primeira década do século XXI, sobretudo a partir do ano de 2015, permitindo-nos desvelar que as questões envolvendo as transferências institucionais estão ganhando especial relevância nos debates jurídicos.

Ao relacionarmos o ano das decisões com cada um dos grupos, temos a seguinte distribuição no Gráfico 04:

Gráfico nº 04 - Grupo de Acórdãos por Ano

O gráfico nº permite-nos apontar três questões consideradas centrais:

- 1) O aumento dos julgados sobre a questão da desinternação condicional;
- 2) O aumento dos julgados sobre a questão do indulto relacionado às medidas de segurança;
- 3) O aumento dos julgados sobre reinternação, ou seja, sobre decisões que determinam a conversão da desinternação condicional em internação.

O cruzamento dos dados do ano de julgamento do recurso com a parte que interpôs o recurso permite-nos visualizar que os recursos interpostos pela Defesa relacionados à temática, nos anos recentes, tem aumentado, enquanto os interpostos pelo Ministério Público tem diminuído, destacando-se os julgados do ano de 2017 e a tendência que parece existir no ano de 2018.

Essa tendência pode ser verificada no gráfico nº. 05 abaixo, que relaciona os acórdãos julgados, conforme a parte que interpôs o recurso:

Gráfico nº 05 - Ano do Julgamento *versus* Parte que Interpôs do Recurso

Esses apontamentos iniciais serão analisados a partir de cada uma das categorias classificadas.

O 1º. Grupo: A desinternação mantida

Nesse grupo temos o maior número de acórdãos categorizados: 97 (noventa e sete) acórdãos, sendo que 44(quarenta e quatro) Agravos de Execução Penal foram interpostos pela Defesa e 53 (cinquenta e três) pelo Ministério Público.

Os recursos interpostos pelo Ministério Público visavam a reforma da decisão de 1º grau, que desinternou condicionalmente o indivíduo com transtorno mental que cometeu delito e, conseqüentemente, pleiteava a prorrogação da medida de segurança de internação.

Os principais argumentos utilizados pelo Ministério Público eram: falta de amparo familiar para que o indivíduo estivesse em desinternação condicional e de que não havia a certeza da cessação da periculosidade.

Ao negar provimento aos recursos interposto pelo Ministério Público e entenderam que a determinação da desinternação estava correta, as decisões proferidas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, nessas hipóteses, se debruçaram sobre a questão da cessação da periculosidade, a partir da análise dos laudos psiquiátricos, pois, segundo a visão do juiz de 1º. Grau e, agora dos Desembargadores, tais documentos declaravam que a periculosidade estava cessada.

Em relação aos 44(quarenta e quatro) recursos interpostos pela Defesa, observamos que em 42 (quarenta e dois) o principal pedido era o de afastamento da imposição da condição de tratamento ambulatorial.

A defesa argumentava, essencialmente, que a imposição da condição de tratamento ambulatorial no período de desinternação condicional representava a imposição de uma nova medida de segurança, uma vez que tratamento ambulatorial é uma das modalidades de medida de segurança. O outro argumento utilizado é o de que os artigos 132 e 133 da Lei de Execuções Penais não preveem o tratamento ambulatorial como condição a ser imposta e, portanto, diante da falta de disposição legal, tal condição deveria ser afastada.

Ao rechaçarem os argumentos da Defesa e manterem a desinternação condicional com a condição de tratamento ambulatorial, os argumentos utilizados pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo foram os de que os artigos 132 e 133 da Lei de Execuções Penais trazem um rol exemplificativo, ou seja, o juiz pode impor

outras condições além daquelas previstas em lei⁸.

Além disso, os acórdãos consideravam que o tratamento ambulatorial era indicado no laudo médico/pericial, o que deveria ser acatado diante da finalidade de recuperação e ressocialização do indivíduo, pois possibilitava seu retorno ao convívio social, sem trazer riscos à incolumidade pública.

Como forma de ilustrarmos os argumentos trazidos nessa categoria de desinternação condicional, transcrevemos os trechos do acórdão a seguir:

Importa considerar, de início, que, diante da cessação de periculosidade do sentenciado, o R. Juízo a quo determinou a desinternação condicional do sentenciado, com fulcro no art. 97, § 3o, do Cód. Penal, bem como no art. 178, combinado com os arts. 132 e 133, todos da LEP.

Importa anotar, neste sentido, que a possibilidade de imposição de condições facultativas, nos termos do § 2o do art. 133, da Lei 7.210/84, cujo rol é exemplificativo.

Por outro lado, em que pese a existência de laudo de exame conclusivo, no sentido da cessação de periculosidade do agravante, importa observar a constatação, na avaliação pericial em questão, da necessidade de acompanhamento e tratamento em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD).

(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 10ª. Câmara de Direito Criminal, Relator Nuevo Campos, Agravo de Execução Penal no. 9000522-25.2017.8.26.0050, Data de Julgamento: 22 de junho de 2017).

No trecho do acórdão acima transcrito, temos dois argumentos principais expandidos, o de que o rol do artigo 133, da LEP, é exemplificativo e, portanto, o juiz pode determinar outras condições que não estejam expressamente previstas e a vinculação da decisão judicial ao laudo pericial.

O laudo pericial é interpretado como orientação médica terapêutica, sendo o perito mais do que o médico que constata a cessação da periculosidade, mas aquele que determina o tratamento médico adequado ao indivíduo, embora não seja ele que tenha o acompanhado durante o tempo de internação.

Em relação à finalidade da imposição da condição de tratamento

⁸ O artigo 132, da Lei de Execuções Penais, determina:

Deferido o pedido, o Juiz especificará as condições a que fica subordinado o livramento.

§ 1º Serão sempre impostas ao liberado condicional as obrigações seguintes:

- a) obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho;
- b) comunicar periodicamente ao Juiz sua ocupação;
- c) não mudar do território da comarca do Juízo da execução, sem prévia autorização deste.

§ 2º Poderão ainda ser impostas ao liberado condicional, entre outras obrigações, as seguintes:

- a) não mudar de residência sem comunicação ao Juiz e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção;
- b) recolher-se à habitação em hora fixada;
- c) não freqüentar determinados lugares

ambulatorial, os acórdãos sustentam que seria a recuperação e ressocialização do indivíduo, argumentando que a medida de segurança é medida terapêutica e não sanção penal, conforme observamos em um dos acórdãos, que transcrevemos:

Para mais, há que se ter em mente que a condição imposta ao agravante de submeter-se a tratamento ambulatorial se mostra adequada às condições concretas do agravante, tendo objetivando sua eficaz recuperação, possibilitando sua completa ressocialização.

(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 11ª. Câmara de Direito Criminal, Relatora Maria Tereza do Amaral, Agravo de Execução Penal no. 9000424-74.2017.8.26.0050, Data de Julgamento: 29 de março de 2017).

Considerando a precípua finalidade da medida de segurança de recuperar o debilitado, quando possível, a dignidade do agravante reclama que, ainda que pareça uma punição, encare-se a “desinternação progressiva” como algo voltado ao seu próprio bem.

(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 7ª. Câmara de Direito Criminal, Relator Alberto Anderson Filho, Agravo de Execução Penal no. 9003734-54.2017.8.26.0050, Data de Julgamento: 13 de junho de 2018).

Os recentes acórdãos acima transcritos, decidindo pela manutenção da desinternação com a condição de tratamento ambulatorial, utilizam como argumento a finalidade da medida de segurança como medida terapêutica, negando que ela tenha caráter de sanção penal.

As decisões acima transcritas para justificar a necessidade da imposição da condição de tratamento ambulatorial utilizam-se de expressões como “*objetivando sua eficaz recuperação, possibilitando sua completa ressocialização*” e “*recuperar o debilitado*”, o que revela o entendimento de que a medida de segurança pode cumprir sua função “ressocializadora” e “reabilitadora”, a chamada função especial positiva.

Nesse 1º. Grupo, analisando o ano de julgamento e a parte que interpôs o recurso, identificamos os seguintes dados, conforme gráfico nº. 06:

Gráfico nº 06 - Categoria Desinternação Mantida *versus* Ano e Parte que interpôs o recurso

O gráfico permite revelar a tendência de que a temática da desinternação condicional, com imposição da condição de tratamento ambulatorial, vem ganhando relevância nos julgados do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Nesse grupo, considerando a temática da pesquisa, ao analisarmos os acórdãos, buscamos identificar o local para o qual o laudo pericial indicava como local ideal para a continuidade do tratamento do indivíduo, ou seja, o local da transferência do indivíduo: Hospital Psiquiátrico Comum, Residência Terapêutica ou CAPS. Em relação ao CAPS, identificamos a especificação de transferência para o CAPSAd, conforme indicação do laudo psiquiátrico.

Assim, entre os 97 (noventa e sete) acórdãos, constatamos os seguintes locais indicados para a cumprimento do tratamento ambulatorial:

Em 7 (sete) acórdãos não foi possível a identificação do local ou o recurso não debatia a questão da desinternação condicional com a imposição da condição de tratamento ambulatorial.

Entre os 90 (noventa) acórdãos em que se foi possível identificar ao local sugerido pelo perito psiquiatra para a transferência desse indivíduo, sendo consignado no laudo a necessidade de continuidade de tratamento, observamos: 35 (trinta e cinco) menções a Hospitais Psiquiátricos Comuns, 5 (cinco) menções a Residências Terapêuticas (ou Hospital Psiquiátrico), 27 (vinte e sete) menções a CAPS e 23 (vinte e três) a CAPSAd.

Realizando o cruzamentos dos dados: ano de julgamento do recurso e local indicado para realização do tratamento ambulatorial, observamos a seguinte distribuição, conforme gráfico nº. 07:

Gráfico nº 07 - Categoria Desinternação Mantida *versus* Local indicado para Tratamento Ambulatorial e ano de julgamento do recurso

Essa categoria contém o maior número de acórdãos identificados: 44,5% dos acórdãos (97), desvelando que desinternação condicionada a tratamento ambulatorial tem sido amplamente aplicada pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, implicando a indicação da transferência dos indivíduos a Hospitais Psiquiátricos, CAPS e CAPSAd.

Analisando o gráfico nº. 07, em relação à desinternação condicional e os locais de cumprimento da condição de tratamento ambulatorial, a questão torna-se mais complexa, sobretudo, com o aumento expressivo das indicações para os CAPSAd, dado que, possivelmente, está relacionado à mudança do perfil dos internos dos Hospitais de Custódia.

Além disso, podemos observar uma tendência de diminuição à indicação de que o tratamento ambulatorial na desinternação condicional seja cumprido em Hospitais Psiquiátricos e, conseqüentemente, há um aumento na indicação desse cumprimento no CAPS e CAPSAD.

Entre os anos de 2009 a 2013 há mais indicações para o cumprimento em Hospitais Psiquiátricos, sendo que essa tendência é revertida a partir de 2014, ano

em que as indicações para CAPS aumentam e para Hospitais Psiquiátricos diminuem (em 2014 são 2 indicações para Hospitais Psiquiátricos e 4 para CAPS e 1 para CAPSAd).

A partir do ano de 2015, temos 5 indicações para a transferência para Hospitais Psiquiátricos, 6 para CAPS e 2 para CAPSAd, totalizando 8 transferências para equipamentos extrahospitalares e essa tendência vai se confirmando nos anos seguintes.

O 2º. Grupo: A desinternação concedida

Nessa categoria temos 9 (nove) acórdãos proferidos em Recursos de Agravo de Execução interpostos pela Defesa, diante da decisão de 1º. Grau que prorrogou a medida de segurança de internação, tendo tal decisão sido reformada pelo Tribunal.

Nessa categoria, os acórdãos foram julgados entre os anos de 2010 a 2017.

Em 6(seis) acórdãos, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo concedeu a desinternação condicional com a imposição da condição ambulatorial, entendendo que o laudo psiquiátrico apontava a cessação de periculosidade e, portanto, o Agravante poderia ser desinternado.

Em 3 (três) acórdãos há o afastamento da imposição da condição de tratamento ambulatorial:

Em 1(um) acórdão o argumento determinante para que o Tribunal determinasse o afastamento é o fato de que o laudo pericial não mencionava a necessidade de realização do tratamento.

Em 2 (dois) acórdãos a principal fundamentação é a de que a imposição da condição de tratamento ambulatorial consistiria em nova modalidade de medida de segurança, que pressupõe periculosidade e estando essa cessada, não há como manter-se qualquer espécie de tratamento, o que convolaria a desinternação condicional em nova medida de segurança. Outro argumento utilizado é o de que as regras previstas nos artigos 132 e 133 da Lei de Execuções Penais devem ser interpretadas de maneira restritiva, ou seja, seu rol deve ser entendido como um rol taxativo, não permitindo ao juiz a aplicação de uma condição que ali não esteja prevista.

O trecho do acórdão abaixo transcrito permite demonstrar essa fundamentação utilizada para afastar a imposição da condição de tratamento ambulatorial, tanto pelo entendimento de que o rol do artigo 133 da LEP deve ter uma interpretação restritiva, tanto pelo entendimento de que fixar essa condição seria transformar a desinternação em nova medida de segurança:

Respeitado posicionamento em contrário, continuo entendendo que não se pode fixar tratamento ambulatorial como condição da desinternação condicional, porque a medida de segurança pressupõe periculosidade. E se os peritos constataram que ela cessou, desapareceu o pressuposto para a sua aplicação. Ademais, dentre as condições passíveis de serem fixadas para a desinternação (que são as mesmas do livramento condicional) não se encontra prevista a imposição de tratamento ambulatorial, e as normas restritivas de direitos não comportam interpretação extensiva.

Por outro lado, admitir a fixação de tratamento ambulatorial como condição da desinternação condicional acaba por convolar a benesse em verdadeira medida de segurança, repise-se, sem o pressuposto para sua aplicação, qual seja, a periculosidade.

(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2ª. Câmara de Direito Criminal, Relator Francisco Orlando, Agravo de Execução Penal no. 0066072-81.2014.8.26.0000, Data de Julgamento: 16 de março de 2015).

Nesse grupo de “desinternação concedida”, assim como na 1ª. Categoria, podemos perceber a importância das conclusões dos laudos psiquiátricos, que vinculam as decisões judiciais.

Apenas dois acórdãos afastaram a imposição da condição de tratamento ambulatorial, durante a desinternação condicional, o que demonstra que, majoritariamente, prevalece no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo o entendimento de que é possível a fixação da condição de tratamento ambulatorial.

Assim, prevalecendo esse entendimento de que é possível a imposição da condição de tratamento ambulatorial, no âmbito do Estado de São Paulo, cada vez mais, ocorrerá encaminhamentos aos CAPS e Ambulatórios de Saúde Mental dos Municípios.

Os argumentos utilizados para a imposição da condição de tratamento ambulatorial desvelam o entendimento de que prevalece, no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, o entendimento de que medida de segurança possui caráter terapêutico com finalidade “ressocializadora” e “reabilitadora”.

O 3º. Grupo: A desinternação cassada

Nessa categoria foram selecionados 23(vinte e três) acórdãos julgados pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, entre os anos de 2010 a 2016, em recursos interpostos pelo Ministério Público contra decisões que concederam a desinternação condicional a indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei.

Os acórdãos reverteram as decisões de 1º. Grau e determinaram a prorrogação da medida de segurança de internação.

O principal argumento está relacionado à ideia de que não há certeza em relação à cessação da periculosidade e tal fato estaria evidenciado, principalmente, pelos seguintes aspectos:

- a) O indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei não possui respaldo familiar;
- b) O indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei tem doença crônica, que não tem cura;
- c) O indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei não pode gerir sua vida sozinho e necessita de controle medicamentoso;
- d) O indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei cometeu crimes graves no passado.

Além disso, os acórdãos proferidos, nessa categoria, concluíam que não havendo a cessação da periculosidade, colocar o indivíduo em liberdade seria colocar a sociedade em risco, prevalecendo, assim, o discurso de defesa social.

No trecho do acórdão a seguir transcrito verificamos que, embora o laudo pericial tenha concluído pela cessação de periculosidade, os Desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo passam a implicar a noção de cessação de periculosidade para além do laudo, relacionando-a à própria doença do indivíduo, aos cuidados terapêuticos que ele necessitaria e, assim, à sua condição de indivíduo perigoso, que colocaria em risco a família e a sociedade, conforme excerto de um dos acórdãos:

Não há nos autos indicação de que a cessação da periculosidade do sentenciado realmente ocorreu. Sua doença mental é crônica e necessita da supervisão constante de seus atos.

Aliás, nos laudos desfavoráveis, a periculosidade do sentenciado estava presente, mesmo sob efeito de forte medicação, o que se dirá, como bem

salientou o Parquet, se afastado dela, dos cuidados profissionais a ele dispensados pelas áreas de psiquiatria, psicologia, serviço social, enfermagem, etc.
(...)

Para que o agravado obtenha o benefício há, sem dúvida, necessidade de um grau máximo de segurança para os demais cidadãos, especialmente para a própria família com a qual ele convive.

Não podemos esperar que algo de mais grave aconteça, para só então tomarmos providências mais enérgicas.

Lembro, por oportuno, os casos em que pessoas ficaram sob tratamento por longos períodos, até trinta anos, e quando foram liberados voltaram a delinquir. Foi o que ocorreu, se não me engano, com os conhecidos por BANDIDO DA LUZ VERMELHA e CHICO PICADINHO.

(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 9ª. Câmara de Direito Criminal, Relator Roberto Midolla, Agravo de Execução Penal no. 0258289-59.2011.8.26.0000, Data de Julgamento: 17 de janeiro de 2013).

O acórdão acima transcrito para reformar a decisão de 1º. Grau e cassar a desinternação considera como aspectos relacionados à periculosidade a “doença crônica”, que implicaria a necessidade de “supervisão constante” dos atos da pessoa com transtorno mental.

Segundo o entendimento da decisão proferida há a necessidade de um “grau máximo de segurança para a sociedade” para que a desinternação seja concedida, pois não se pode “esperar que algo mais grave aconteça, para só então tomarmos providências mais enérgicas”, relacionando o caso em julgamento aos casos paradigmáticos para a temática da medida de segurança: o caso do “Bandido da Luz Vermelha” e de “Chico Picadinho”, casos que serão citados, inclusive, nas entrevistas realizadas, na pesquisa qualitativa.

No trecho do acórdão a seguir, a noção da cessação da periculosidade está relacionada, igualmente, a aspectos como a natureza da doença, respaldo familiar e o entendimento de que o HCTP seria o único espaço possível para o controle do uso de álcool.

Nota-se que embora presente o avanço do quadro clínico, persiste a sua periculosidade, uma vez que a doença somente está controlada em razão do local em que se encontra, onde o medicamento é ministrado regularmente e não há contato com bebidas alcoólicas, que, como mencionado anteriormente, agravam seu quadro.

Além disso, a doença é incurável, seus sintomas são voláteis e não há respaldo familiar para a continuidade do tratamento em Hospital Psiquiátrico da rede do Sistema Único de Saúde, o que não nos leva a outra conclusão senão a prorrogação da medida de segurança.

(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 15ª. Câmara de Direito Criminal, Relator Ricardo Sale Júnior, Agravo de Execução Penal no. 0023207-43.2014.8.26.0000, Data de Julgamento: 17 de janeiro de 2013).

O acórdão acima transcrito para reformar a decisão de 1º. Grau e cassar a desinternação considera como aspectos relacionados à periculosidade o “controle da doença” que “é incurável” e que “está controlada em razão do local em que se encontra, onde o medicamento é ministrado regularmente e não há contato com bebidas alcoólicas”. Além disso, o acórdão considera relevante, em sua decisão, de que “há respaldo familiar para a continuidade do tratamento em Hospital Psiquiátrico da rede do Sistema Único de Saúde”.

No próximo acórdão, verificamos, mais uma vez, a questão da falta do respaldo familiar, o HCTP como local ideal de continuidade de tratamento, que exigiria “rigoroso controle medicamentoso”, sobretudo, pela justificativa do histórico criminal do indivíduo.

Assim, diante da evidente necessidade de sua internação e supervisão constante para que jamais abandone o tratamento medicamentoso prescrito, não se vislumbra razão plausível para que seja o agravado transferido a estabelecimento psiquiátrico comum, onde a continuidade do tratamento não parece certa não há qualquer informação nos autos de como se daria esse tratamento em hospital público e qual instituição teria condições de receber paciente com o seu histórico, que cometeu homicídio tentado, sobretudo, repise-se, diante da notícia de ausência de respaldo familiar, informação, aliás, que a própria magistrada anotou no decisorio.
(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 5ª. Câmara de Direito Criminal, Relator Juvenal Duarte, Agravo de Execução Penal no. 0022232-89.2012.8.26.0000, Data de Julgamento: 26 de julho de 2012).

Nesse grupo de acórdãos, um deles merece destaque, pois existe a determinação pelo Tribunal de Justiça de que o juízo de 1º. Grau deveria:

“encaminhar peças à Curadoria de Incapazes, do Ministério Público, representando, para adoção das medidas cabíveis à possível interdição e curatela do paciente, até e a fim de que o juízo competente possa determinar-lhe a internação e tratamento em hospital psiquiátrico comum da rede pública, com periódica informação ao juízo de execução penal, para eventual e futura extinção da medida de segurança. E, tanto que assim decida o juízo cível, basta a transferência do custodiado.”
(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 7ª. Câmara de Direito Criminal, Relator Fernando Miranda, Agravo de Execução Penal no. 0144668-50.2012.8.26.0000, Data de Julgamento: 17 de janeiro de 2013).

No caso acima, o juiz de 1º. Grau havia determinado a desinternação condicional do Agravado com sua transferência para Hospital Psiquiátrico Comum, tendo o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo reformado a decisão, pois o

Agravado não teria respaldo familiar e necessitaria de rigoroso controle medicamentoso.

Além disso, o Tribunal considerou que o Agravado não teria “capacidade” para cumprir as condições impostas na decisão de desinternação condicional devendo, portanto, ser interditado.

Assim, determinou que o juiz de 1º. Grau remetesse as peças do processo à Curadoria de Incapazes do Ministério Público para que o juízo cível pudesse decidir sobre a transferência do Agravado para o Hospital Psiquiátrico Comum.

Essa determinação do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e a possibilidade da propositura de Ação Cível proposta pelo Ministério Público para motivar a transferência de um indivíduo do HCTP para o Hospital Psiquiátrico Comum desvelou a possibilidade de outras formas de atuação do Ministério Público e do Poder Judiciário para a problemática da pesquisa.

Assim, na segunda fase da pesquisa documental buscou-se a localização de possíveis ações de interdição na esfera cível, de indivíduos que se encontrassem em Hospitais de Custódia.

Nesse grupo de “desinternação cassada” pudemos analisar que as decisões proferidas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo relacionam determinados aspectos à noção de periculosidade, tais como: respaldo familiar, a existência de doença considerada crônica ou incurável, aspectos que estariam interligados, uma vez que a pessoa com transtorno mental necessitaria de constante supervisão e sem familiares fora do ambiente prisional que possam lhe dar suporte, o HTPC seria o local adequado para a permanência desses indivíduos, segundo o entendimento do Tribunal.

4º. Grupo – Volta para a internação

Nessa categoria, que denominamos de “Volta para a internação” agrupamos os acórdãos que decidiram pela volta da internação dos indivíduos nos HCTPs, convertendo a desinternação condicional em internação.

Foram selecionados 20(vinte) acórdãos em que os recursos de Agravo foram interpostos pela Defesa contra decisões de 1º. Grau que converteram a desinternação condicional em internação ou recursos interpostos pelo Ministério

Público em que o juiz de 1º. Grau declarou extinta a medida de segurança, após o período de 1(um) ano, diante do fato do indivíduo não praticar fato indicativo de sua periculosidade.

Os acórdãos foram julgados entre os anos de 2014 a 2018, sendo que 9 (nove) desses acórdãos, ou seja, quase metade dos julgados foram proferidos no ano de 2017 e 4 (quatro) acórdãos até o mês de abril de 2018, o que pode denotar um aumento das reinternações desses indivíduos por não estarem cumprindo das condições impostas no período da desinternação condicional.

Esses dados podem ser analisados com o cruzamento dos dados existentes no Censo Nacional⁹ realizado em 2011 nos Hospitais de Custódia brasileiros, em que temos os seguintes dados:

No HCTP II de Franco da Rocha, 8% (12) estavam na reinternação, no HCTP de Taubaté 2% (4) estavam na reinternação e no HCTP I de Franco da Rocha 2% (11) estavam na reinternação.

Assim, em 2011, nos HCTPs paulistas existiam 27(vinte e sete) indivíduos reinternados, mas não há a indicação do ano ou do motivo pelo qual ocorre a reinternação.

Considerando que, em 2017, tivemos 9(nove) determinações de reinternação, sem que se tenham as decisões de 1º. Grau sobre o assunto, pois não chegaram a ser julgadas pelo Tribunal, podemos aventar a possibilidade de que exista um aumento no número de reinternações.

Esse fato demonstra a relevância da temática da pesquisa e do seu aprofundamento, uma vez que a imposição da condição de tratamento ambulatorial poderá levar ao denominado efeito “porta giratória”, ou seja, a indivíduos que sejam desinternados condicionalmente e, por não cumprirem com a condição de tratamento ambulatorial, voltam a ser reinternados nos Hospitais de Custódia.

Nesse ciclo de desinternação e reinternação, tais indivíduos estariam o vinculados a um cumprimento de medida de segurança indeterminado e dependente de sucessivos e novos laudos de cessação de periculosidade.

O gráfico abaixo, de nº. 08, permite-nos visualizar a distribuição dos acórdãos, que debateram a reinternação dos indivíduos com transtorno mental em

⁹ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Letras Livres; Editora da UnB, 2013.

conflito com a lei, de acordo com o ano da decisão:

Gráfico nº 08 - No. de acórdãos que determinam a reinternação pelo descumprimento das condições na desinternação versus ano de julgamento do recurso

Analisando quais as condições que não foram cumpridas durante o período da desinternação condicional e que determinaram a volta do indivíduo ao HCTP, temos:

Seis (6) acórdãos: não comprovação do tratamento ambulatorial ou não cumprimento de maneira regular

Seis (6) acórdãos: configuração de desídia por parte do indivíduo, pois indivíduo não foi localizado pelo Oficial de Justiça para dar início ao tratamento ambulatorial ou não compareceu ao setor de fiscalização (para assinar documentação necessária).

Cinco (5) acórdãos – Laudo não apontou cessação de periculosidade

Três (3) acórdãos – Cometimento de novo crime

Conforme exposto na Introdução, durante o período de desinternação condicional, se o indivíduo praticar ato indicativo da persistência de sua periculosidade, no período de um ano, voltará se ser internado. Essa é a única hipótese legal para a reinternação.

O trecho do acórdão abaixo ilustra uma das situações em que o indivíduo deixa de cumprir uma das condições impostas e esse motivo é interpretado como um fato indicativo da persistência da periculosidade:

Ora, o próprio não comparecimento do sentenciado ao setor de fiscalização durante todo o período que transcorreu desde sua soltura até a prolação da decisão guerreada já configura tal indicativo (de periculosidade), uma vez que deixa clara sua incapacidade de se submeter às regras mais brandas que lhe foram concedidas.

(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 6ª. Câmara de Direito Criminal, Relator Marcos Correa, Agravo de Execução Penal no. 9002564-81.2016.8.26.0050, Data de Julgamento: 18 de maio de 2017).

O não comparecimento ao setor de fiscalização para comprovar e justificar suas atividades, conforme determinado judicialmente, seria indicativo da persistência da periculosidade, ou seja, há no caso apresentado o descumprimento de uma regra determinada pelo Juízo, o que não teria qualquer relação com a finalidade terapêutica da medida de segurança, o que desvela que a medida de segurança é interpretada como sanção penal e não como medida terapêutica.

Em outro acórdão, podemos observar que, embora o laudo conclua pela cessação de periculosidade, diante do entendimento de que o indivíduo possuía doença que não era passível de cura e, portanto, sua periculosidade era permanente, decidiu-se pela sua reinternação:

Trata-se de agravo em execução interposto pelo REPRESENTANTE DO MINISTÉRIO PÚBLICO contra a r. decisão proferida pelo Juízo da Vara das Execuções Criminais da Comarca de São Paulo que julgou cumprida a medida de segurança a ele imposta, reconhecendo a inexistência de prática de fato indicativo de periculosidade.

Assim, da análise do referido dispositivo, conclui-se que a medida de segurança, em razão de sua própria natureza e finalidade, deve prevalecer enquanto perdurar a periculosidade do agente, a qual, aliás, conforme se depreende do laudo pericial acostado às fls. 25, encontra-se presente.

(...)

Não se trata de pena (de caráter perpétuo). Trata-se de medida de segurança que, por óbvio, não é pena. Não se está, também, dando ao inimputável tratamento mais severo do que ao imputável. É que o inimputável não está sofrendo punição pela sua conduta. Ele está com a liberdade coactada por ser pessoa perigosa e que praticou uma infração penal, e que, por isso, deve ficar separada da sociedade em geral.

Na realidade, a medida de segurança pode, sim, durar mais tempo que a pena prevista para o delito. Não tem o caráter perpétuo, mas, sim, o caráter vitalício, ou seja, enquanto viver e demonstrar periculosidade fica o sentenciado isolado e sob tratamento.

Ademais, como bem ressaltado pelo Parquet, a doença do agravado não é passível de cura, o que torna a sua periculosidade sempre presente. E foi nesse sentido que os médicos psiquiatras subscritores do laudo se manifestaram.

Note-se que, apesar a conclusão pela cessação da periculosidade, assim pontuaram: Considerando-se as peculiaridades do caso é prudente que se mantenha em tratamento em Ambulatório de Saúde Mental, CAPS ou Grupos de Autoajuda próximo ao seu local de residência. Assim,

considerando a doença do agravado (dependência de múltiplas drogas) e o não cumprimento das condições, entendemos que a medida de segurança deve ser restabelecida.”

Vale lembrar, ainda, que as medidas de segurança são aplicadas para proteger não somente a sociedade, mas também os próprios sentenciados.

Portanto, considerando o teor das avaliações médicas, prematura e temerária, até mesmo para o agravado, a cessação de sua internação, vez que a perícia médica concluiu estar ainda presente sua periculosidade.

Daí porque, demonstrada que a periculosidade do sentenciado não cessou, a r. decisão, determinando a desinternação do cativo, não pode subsistir.

(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 7ª. Câmara de Direito Criminal, Relator Freitas Filho, Agravo de Execução Penal no. 0185207-24.2013.2013.8.26.0000, Data de Julgamento: 18 de maio de 2017).

No acórdão acima, o Juízo de 1º. grau determinou a desinternação condicional do indivíduo e, após, considerou a medida de segurança extinta, diante do fato de que tal indivíduo não teria praticado nenhum fato indicativo da persistência de sua periculosidade no período de 1(um) ano.

Após o cumprimento do período de desinternação condicional foi exigido novo laudo de cessação de periculosidade que atestou com cessação, mas com indicação de manutenção em acompanhamento em CAPS, Ambulatório de Saúde Mental ou Grupos de Autoajuda próximo ao seu local de residência.

Em recurso interposto pelo Ministério Público, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo entendeu que a “desinternação do cativo” não era possível, diante de aspectos indicativos da persistência de sua periculosidade, afirmando que a “doença do agravado não é passível de cura”, o que torna a sua “periculosidade sempre presente”.

A decisão proferida considera que a medida de segurança tem a finalidade de “proteger não somente a sociedade, mas também os próprios sentenciados” e não é sanção penal, uma vez que o indivíduo não está sofrendo punição, mas estaria somente com a “liberdade coactada por ser pessoa perigosa” e possui uma periculosidade “vitalícia”.

O acórdão determina a reinternação do indivíduo em HCTP, justificando sua decisão pelo caráter terapêutico da medida de segurança, que visa a proteção da sociedade e do próprio indivíduo.

A análise do acórdão com o uso das expressões como “cativo” e “periculosidade vitalícia” nos remete ao uso de expressões típicas do século XIX, relacionadas à noção de escravidão e à ideia de loucura como atributo natural do

indivíduo, o que implicaria o seu eterno confinamento.

Além disso, o acórdão acima revela-nos algumas questões, como a patologização dos usuários de drogas e a ideia de sua periculosidade “vitalícia” e, por sua vez, tal pressuposto traz como consequência o eterno cumprimento da medida de segurança, ainda que o laudo psiquiátrico seja favorável, pois parece que o indivíduo deve estar sempre sob o controle do Poder Judiciário.

Assim, ao contrário do afirmado no acórdão, a preocupação não é com a saúde do indivíduo, mas com seu controle pelo que ele pode vir a fazer no futuro, diante da crença que, sendo ou tendo sido usuário de drogas, será eternamente uma ameaça social.

Esse fenômeno denominado de “porta giratória” coloca questões a serem debatidas: como se tem interpretado o que seria “fato indicativo da persistência da periculosidade”, que justificaria a reinternação dos indivíduos? Quais as implicações da determinação da condição de tratamento ambulatorial e do seu não cumprimento?

5º. Grupo – Prorrogação mantida

Identificamos 27(vinte e sete acórdãos) julgados entre 2009 a 2015 em recursos interpostos pela Defesa contra decisões que prorrogaram a medida de segurança de internação, tendo o Tribunal mantido a decisão de 1º. grau.

O pedido principal da Defesa era, portanto, a desinternação condicional, sendo que em 20(vinte) acórdãos havia o pedido para que a desinternação pudesse ser imposta com a condição de tratamento ambulatorial em CAPS e em 7(sete) acórdãos a Defesa pleiteava a transferência do indivíduo para o Hospital Psiquiátrico Comum.

O principal argumento, assim como analisado no 3º. Grupo, está relacionado à ideia de que não há certeza em relação à cessação da periculosidade e tal fato estaria evidenciado, principalmente, pelos seguintes motivos que embasam as decisões:

- a) O indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei não possui respaldo familiar;
- b) O indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei cometeu graves crime no passado;
- c) O indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei apresenta problemas de

“drogadição”.

As decisões dessa categoria, diante da manutenção da internação do indivíduo no HCTP, acabam por ter menor relevância na pesquisa documental, pois não permitirão, na 2a. fase da pesquisa documental, o aprofundamento da temática.

Entretanto, possibilitaram, assim como na categoria “desinternação cassada”, a análise de aspectos que são considerados como indicativos de periculosidade e, nesse sentido, há dois aspectos que merecem destaque: os crimes graves cometidos no passado e o que é denominado de “drogadição”.

6º. Grupo – “Indulto”

Nesse grupo foram identificados 25 (vinte e cinco) acórdãos, que discutiram a possibilidade da concessão do benefício do indulto às pessoas que cumprem medida de segurança atrelada ao laudo de cessação de periculosidade.

Em 12 (doze) acórdãos o entendimento do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo foi o de que não é possível conceder o indulto sem que exista o laudo de cessação de periculosidade.

Em relação a esses 12(doze) acórdãos, oito recursos foram interpostos pela Defesa visando a reforma de decisão de 1º. Grau, que já não havia concedido o benefício e quatro recursos foram interpostos pelo Ministério Público, visando a reforma da decisão de 1º. Grau, que havia concedido o benefício e, nesse caso, a decisão de 1º. Grau foi cassada pelo Tribunal.

Em 13 (treze) acórdãos o entendimento do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo foi o de que não há necessidade da exigência do laudo de cessação de periculosidade para a concessão do indulto.

Nesse caso, foram interpostos 4(quatro) recursos pela Defesa pleiteando a reforma da decisão de 1º. Grau, que não havia concedido o benefício do indulto e 9(nove) recursos interpostos pelo Ministério Público, visando a reforma da decisão de 1º. Grau, que havia concedido o benefício.

Conforme o ano do julgamento e a decisão do acórdão, concedendo o indulto, ou não, temos o seguinte gráfico:

Gráfico nº 09 - Acórdãos que concederam, ou não, o indulto/ano de julgamento

Nos acórdãos em que o Tribunal entendeu pela necessidade da cessação da periculosidade para concessão do indulto, os argumentos utilizados eram os de que, diante da não cessação da periculosidade, havia risco à sociedade e de que a medida de segurança não era sanção penal, mas forma de tratamento, conforme podemos observar nos trechos a seguir transcritos:

Assim sendo observado o princípio reitor da execução criminal, qual seja, o *in dubio pro societate*, compete ao Juiz da Execução, a partir da verificação da presença dos pressupostos legais, o deferimento do indulto.

Razoável, portanto, o indeferimento do indulto nos casos em que se apresenta, concretamente, a possibilidade de prejuízo aos direitos fundamentais coletivos da segurança pública, da ordem pública, cuja observância é indispensável à mínima organização social necessária à preservação e ao exercício dos demais direitos fundamentais coletivos e, principalmente, dos individuais, ou seja, à concretização, na justa medida, do princípio maior da dignidade da pessoa humana.

Inquestionável e razoável, dessa forma, a admissão do caráter indeterminado da medida de segurança, em particular, da consistente em internação, nos casos de inimputabilidade geradora de dependência química, como no caso em tela.

Não é demais anotar, por derradeiro, que o reconhecimento do caráter indeterminado da medida de segurança possa ser entendido como violação da vedação constitucional de pena de prisão perpétua prevista no inc. XLVII, “b”, do art. 5º, da Const. Federal, pois, à evidência, medida de segurança não constitui sanção penal, posto que, como já colocado, não objetiva, em qualquer grau, retribuição ou expiação, mas possui caráter preventivo, curativo e terapêutico.

(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 10ª. Câmara de Direito Criminal, Relator Nuevo Campos, Agravo de Execução Penal no. 9002259-97.2016, Data de Julgamento: 02 de fevereiro de 2017).

Nesse acórdão, mais uma vez, o discurso da medida de segurança como medida terapêutica com caráter preventivo prevalece ao se afirmar que “medida de segurança não constitui sanção penal, posto que, como já colocado, não objetiva, em qualquer grau, retribuição ou expiação, mas possui caráter preventivo, curativo e terapêutico”.

Diante de seu caráter terapêutico, a decisão justifica a possibilidade da indeterminação do prazo da medida de segurança: “a admissão do caráter indeterminado da medida de segurança, em particular, da consistente em internação, nos casos de inimputabilidade geradora de dependência química, como no caso em tela”.

No acórdão acima transcrito, assim como observamos em julgados da categoria “Prorrogação mantida”, a questão da “dependência química” tem sido considerada como aspecto relevante para a não cessação da periculosidade, o que implica não conceder benefícios a essa população e mantê-la em cumprimento da medida de segurança.

7º. Grupo – “Extinção”

No último grupo designado como “Extinção”, identificamos acórdãos, que discutem a possibilidade de extinção da “Medida de Segurança” pelo cumprimento do período máximo da pena em abstrato prevista para o delito cometido pelo indivíduo. Nesse grupo temos a seleção de 17(dezessete) acórdãos.

Assim como ocorre com a concessão do benefício do indulto, a discussão está atrelada à necessidade da constatação da cessação da periculosidade e, nesse caso, de que a medida de segurança poderia ter um prazo indeterminado ou, ao contrário, de que a medida de segurança não pode ter prazo indeterminado e cumprido o prazo de 30(trinta) anos ou o prazo máximo previsto para a pena, conforme o tipo de delito cometido, o indivíduo deveria ser solto.

Os recursos interpostos pelo Ministério Público pleiteavam a cassação da extinção da medida de segurança, diante da não cessação da periculosidade, sustentando que não há como reconhecer-se apenas o cumprimento do prazo máximo da pena previsto para a pena. Foram 11(onze) recursos interpostos.

A Defesa interpôs 6(seis) recursos requerendo a extinção da medida de segurança, pleiteando o inverso.

Em relação aos resultados, o Tribunal decidiu que a cessação da periculosidade não era determinante para a extinção da medida de segurança, diante do cumprimento do prazo máximo da pena ou do prazo máximo de 30 anos em 7(sete) casos.

Em 10(dez) acórdãos, o Tribunal entendeu que não poderia prevalecer o entendimento pela extinção da medida de segurança sem a cessação da periculosidade, mesmo diante do entendimento dos Tribunais Superiores, em contrário.

No trecho do acórdão abaixo, podemos verificar o entendimento de que a extinção da medida da segurança está atrelada ao laudo de cessação da periculosidade:

Ao contrário do entendimento do Magistrado de 1º grau, a medida de segurança, aplicada ao inimputável perdura enquanto não for apurada a cessação de periculosidade, mesmo que seja necessário ultrapassar o tempo de pena fixado na sentença, porquanto o objetivo da internação é o tratamento e a cura, ou recuperação do internado e não sua punição. (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 11ª. Câmara de Direito Criminal, Relatora Ivana David, Agravo de Execução Penal no. 9001166-36.2015.8.26.0050, Data de Julgamento: 01 de junho de 2016).

Mais uma vez, prevalece como justificativa, a defesa de que medida de segurança possui caráter de medida terapêutica e não de sanção penal, entendendo-se o HCTP como local possível de “tratamento e cura”.

Nessa categoria, há um acórdão que extingue a medida de segurança, com o entendimento de que medida de segurança não pode ter caráter perpétuo, ainda que não exista o laudo de cessação de periculosidade.

Entretanto, o acórdão faz menção à possibilidade jurídica da interdição do indivíduo, conforme transcrevemos:

De fato, o parecer técnico emitido, fls. 19/31, atesta que não houve a cessação de periculosidade do sentenciado. Contudo, no cenário atual, tem-se que a melhor interpretação a ser dada para casos que envolvam medida de segurança é o que dispõe a Súmula 527 do STJ. Ora, não se mostra adequado permitir caráter indeterminado para medida de segurança, trata-se de patologia constatada, que evidencia a

inimputabilidade do agente, isto é, problema de saúde pública, e como bem apontado pelo MM. Juiz a quo “o paciente deve ser interditado (sic), nos termos do artigo 1767 a 1778 do Código Civil Brasileiro, como acontece com pessoas com enfermidade mental (sic)” (fls. 07/08 vº)
(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 15ª. Câmara de Direito Criminal, Relator Ricardo Sale Júnior, Agravo de Execução Penal no. 900025-3-20.2016.8.26.0050, Data de Julgamento: 11 de agosto de 2016).

No acórdão acima, embora ocorra a extinção da medida de segurança, com o acatamento do entendimento dos Tribunais Superiores, conforme Súmula 527, STJ, temos que Tribunal, bem como o juiz de 1º. Grau afirmam o entendimento de que, diante da não cessação da periculosidade, o indivíduo deve ser interditado, na área cível, entendendo-se que essa questão é uma questão de Saúde Pública.

Assim, como identificado em um acórdão do Grupo no. 03, mais uma vez, a interdição dos indivíduos que cumpriram medida de segurança e não tiveram a cessação de periculosidade aparece como forma de solucionar a questão, o que implica a necessidade de aprofundamento dessa questão durante as etapas posteriores da pesquisa, uma vez que pode implicar uma forma de transinstitucionalização dos indivíduos.

Em termos de síntese:

A análise dos 218 (duzentos e dezoito) acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, entre os anos de 2009 a 2018, em julgamentos de Recursos de Agravo em Execução relacionados à temática da medida de segurança revela o entendimento de que a legislação penal encontra-se plenamente vigente e, conseqüentemente, não há a aplicação do entendimento de que a lei 10.216/01 poderia ter derogado dispositivos do Código Penal e da Lei de Execução Penal, conforme já apontado por LHACER (2013).

O entendimento amplamente majoritário dos Desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo sobre a natureza jurídica da medida de segurança é a de que ela consiste em “medida terapêutica de caráter assistencial”, nos mesmos moldes que enunciada na Exposição de Motivos do Código Penal de 1940, defendendo a sua finalidade de reabilitação e ressocialização do indivíduo, isto é, a defesa da função preventiva positiva.

A análise dos acórdãos mostrou, igualmente, que prevalece o discurso de defesa social, sob o pretexto de que o indivíduo representaria um risco para si e/ou para a sociedade, enquanto não cessada a periculosidade, o que justificaria, inclusive, a indeterminação do lapso temporal da medida de segurança, contrariando diversos julgados do Supremo Tribunal Federal e a Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça, que já reconheceram a inconstitucionalidade da indeterminação da medida de segurança, diante da vedação a penas perpétuas em nossa Constituição Federal, conforme artigo 5º, inciso XLVIII. Assim, em alguns casos, a “medida de segurança” terá tempo indeterminado até a cessação do estado perigoso.

A cessação da periculosidade é exigida para a concessão da desinternação condicional e, em relação à concessão do indulto e ao reconhecimento da prescrição, há divergência de posicionamentos.

O laudo psiquiátrico pericial é a guia mestra para a verificação da cessação da periculosidade e, a partir dele, discutem-se quais os aspectos indicativos que seriam considerados como reveladores de uma possível e eterna periculosidade: a falta de respaldo familiar, a gravidade dos crimes cometidos, o uso de drogas e a impossibilidade de cura da doença mental.

O posicionamento esposado pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, além de não coadunar com julgados dos Tribunais Superiores, desconsidera o posicionamento majoritário dos juristas, entre eles MATTOS (2006), JACOBINA (2008), QUEIROZ (2010), BITENCOURT (2011), CARVALHO (2015), ZAFFARONI (2011a, 2011b), que afirmam o caráter de sanção penal das medidas de segurança, seja pelos critérios adotados pela legislação para imposição da medida de segurança, que privilegiam a lógica da punição, seja pelas condições de cumprimento destas e, ainda, desconsideram os debates ocorridos no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O uso de expressões como “cativo” ou medida de segurança com “caráter vitalício” ou “periculosidade permanente” nos acórdãos exarados são significativas do entendimento de que o sujeito que está sob julgamento é um homem que apresenta-se como intrinsecamente perigoso, por sua natureza e, portanto, representa um perigo para a sociedade, devendo ser contido, de acordo com a concepção de periculosidade do século XIX, momento histórico a partir do qual o homem passou a ser julgado não pelos seus atos, mas pelo que ele é, fazendo com que as teses da antropologia

criminal passassem a estar plenamente arraigadas ao pensamento e prática penal, conforme colocações de FOUCAULT (2006b):

Ora, creio que, de fato, a antropologia criminal, pelo menos em suas formas gerais, não desapareceu tão completamente como se pretende afirmar; e que algumas de suas teses mais fundamentais, e também as mais exorbitantes em relação ao direito tradicional, foram se enraizando no pensamento e na prática penal. Porém, isso não teria podido ocorrer unicamente pelo valor de verdade ou, pelo menos, unicamente pela força de persuasão dessa teoria psiquiátrica do crime. Isso porque se produziu de fato toda uma mutação do lado do direito.

(...)

Não mais, é claro, a partir do que ele é por status (como era o caso nas sociedades do Antigo Regime), mas do que ele é por natureza, segundo a sua constituição, seus traços de caráter ou suas variáveis patológicas. Talvez se entrevia o que haveria de terrível em autorizar o direito a intervir sobre os indivíduos em função do que eles são: uma sociedade assustadora poderia advir daí (FOUCAULT, 2006b, p. 23-24).

O posicionamento majoritário do Tribunal Paulista desvela seu caráter conservador, uma vez que se aproxima ao ideário da Escola Positivista do século XIX, sobretudo das ideias de Von Liszt, com a defesa indeterminação das medidas de segurança para indivíduos considerados incorrigíveis, que precisam ser inocuizados, de acordo com as considerações de CONDE (2009).

Dessa forma, a medida de segurança é entendida pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo muito mais como uma “pena neutralizante” (ZAFFARONI *et al*, 2011a, p. 137) ou como “medida de proteção social” (FOUCAULT, 2006b, p.18), abandonando-se completamente a noção de liberdade do indivíduo e deslocando-a para o grau de periculosidade que ele representa para a sociedade.

Assim, ao contrário do afirmado no conteúdo dos acórdãos, o foco maior do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo não está na prevenção especial positiva, mas na prevenção especial negativa, caracterizada pela neutralização do indivíduo que cometeu o delito, visto como uma célula defeituosa ou incorrigível, que deve ser eliminada, para o bem do corpo social (ZAFFARONI, *et al*, 2011a).

A análise dos acórdãos mostrou a relevância da temática da desinternação condicional, uma vez que 71,55% dos documentos tratavam sobre a possibilidade de concessão, ou não, da desinternação (156 acórdãos, conforme Grupos 1,2,3 e 5).

Os acórdãos relacionados à desinternação condicional que debatiam diretamente a possibilidade da imposição da condição de tratamento ambulatorial totalizaram 44(quarenta e quatro) documentos, sendo que em apenas 2(dois) deles

podemos observar o posicionamento pela impossibilidade da imposição da condição de tratamento ambulatorial durante a desinternação.

O entendimento prevalente é o de que a condição de tratamento ambulatorial pode ser imposta argumentando-se que o rol previsto no artigo 132, da Lei de Execuções Penais é exemplificativo e, portanto, o juiz pode determinar outras condições que não estejam expressamente previstas na referida legislação.

O posicionamento contrário e minoritário argumentava para o afastamento da condição de tratamento ambulatorial que o pressuposto para a medida de segurança é a periculosidade e, diante de sua cessação, a imposição de qualquer tratamento significaria converter a desinternação em nova medida de segurança, na modalidade restritiva.

Os acórdãos que defenderam a possibilidade da imposição da condição de tratamento ambulatorial mencionavam, em alguns casos, que o laudo pericial realizava a indicação do tratamento, o que deveria ser obedecido como prescrição médica, diante do caráter terapêutico da medida de segurança, o que desvela, mais uma vez, o reforço da parceria tradicional entre Direito e Psiquiatria, como forma de controle sobre o indivíduo perigoso, onde o saber científico da psiquiatria prescreverá a melhor forma de tratamento ao “louco infrator” e o direito penal continuará justificando a questão da não responsabilização desse indivíduo, sob o pretexto do caráter curativo da medida de segurança, reconfigurando o cenário do século XIX (FOUCAULT, 2006a, 2006b, 2010a).

Por fim, a análise do conteúdo dos acórdãos permitiu identificar que, em relação ao local indicado para cumprimento da condição de tratamento ambulatorial, a partir de 2014, há uma diminuição na indicação dos Hospitais Psiquiátricos e uma crescente indicação do CAPS e CAPSAD, como local de cumprimento dessa condição, questão que implica, diretamente, a problemática da pesquisa.

Em 20 documentos (9,2% dos acórdãos), a questão da reinternação foi debatida. As razões para a reinternação foram, principalmente, o não cumprimento do tratamento ambulatorial e a configuração de desídia por parte do indivíduo, diante de seu não comparecimento ao setor de fiscalização (para assinar documentação necessária) ou de sua não localização para ser intimado pelo Oficial de Justiça, para dar início ao tratamento ambulatorial.

Esse dado demonstra a relevância da temática da pesquisa e do seu

aprofundamento, uma vez que a imposição da condição de tratamento ambulatorial poderá levar ao denominado efeito “porta giratória”, ou seja, a indivíduos que sejam desinternados condicionalmente e, por não cumprirem com a condição de tratamento ambulatorial ou as outras condições impostas, voltam a ser reinternados nos Hospitais de Custódia.

Ao finalizarmos a análise desses acórdãos, observamos que a exigência do laudo de cessação de periculosidade ocorre em diversos momentos processuais: para determinação e extinção da desinternação condicional, para a reinternação e, em alguns casos, para a concessão do indulto e para o reconhecimento da prescrição da medida de segurança.

Por outro lado, quando há possibilidade da extinção da medida de segurança, mas não há o laudo de cessação da periculosidade, encontramos 2(dois) acórdãos que sugerem a interdição dos indivíduos. Assim, o aprofundamento necessário para as etapas da pesquisa é o de que como se operam essas interdições, na esfera cível e suas implicações, em termos de transinstitucionalização.

Se os CAPS passam a receber indivíduos para realizarem tratamento ambulatorial, sob determinação do Poder Judiciário, operando-se a lógica da periculosidade, qual passa a ser o papel do CAPS nessa dinâmica? O CAPS passa a ser um local que opera, apenas, sob a perspectiva de cuidados em saúde ou passa a operar segundo procedimentos determinados pelo Poder Judiciário?

Tal indagação torna-se ainda mais relevante, diante do possível aumento de casos de retorno à internação, no período da desinternação condicional, por descumprimento das condições impostas, diante do tema proposto, pois desvela, em tese, que os indivíduos continuam sob a égide do Poder Judiciário, ainda que tenham sido transferidos a outros equipamentos extrahospitalares de saúde.

4.2. O MAPEAMENTOS DOS PROCESSOS CÍVEIS E CRIMINAIS: DESVELANDO PERFIS E TRAJETÓRIAS PROCESSUAIS DOS SUJEITOS ENCARCERADOS NAS REDES DA JUSTIÇA

4.2.1. Os Processos de Execução Criminal: desvelando os desafios para o cumprimento das condições na desinternação condicional

Do ponto de vista metodológico, com base nos dados disponíveis nesses acórdãos, seja o número do processo de execução criminal em 1º grau de jurisdição, seja o nome da parte (indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei), passamos à localização dos processos de execução criminal correspondentes a cada um dos acórdãos.

Essa consulta foi realizada, assim como nos acórdãos, no site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, acessando na página inicial o link: “Consulta Processual”, após clicando no link VEC-Processos Físicos.

Ao acessarmos a Consulta Processual na VEC (Vara de Execução Criminal), a busca pelo processo em 1º. Grau poderia ser realizada pelo número do processo de execução criminal ou pelo nome da parte (do indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei).

Para cada acórdão havia a possibilidade de termos as duas informações ou apenas uma delas, que, na maioria dos casos era apenas o nome parte, uma vez que a maioria dos acórdãos não continha a informação sobre o número do processo de execução criminal.

Nessa etapa, seja pela digitação do nome do indivíduo ou pelo número do processo, passamos a identificar a Vara de Execução Criminal em que processo estava localizado.

Com essa localização foi possível obter as cópias integrais dos processos de execução criminal, visando a coleta de dados socioeconômico e processuais dos indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei, suas trajetórias de vida, as narrativas construídas em torno desses indivíduos pelos profissionais da Justiça e da

Saúde, que atuaram nos processos, bem como a forma como se determinaram as transferências dos HCTPs para outros estabelecimentos da área da saúde e suas implicações.

A busca pelo nome da parte nos sistemas do Tribunal de Justiça nem sempre permitiu a localização do processo correspondente, o que impactou no número de processos localizados: 64(sessenta e quatro) processos de execução criminal.

A consulta pelo site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo permitiu a verificação dos seguintes dados: a Vara de Execução Criminal em que o processo estava tramitando e o andamento processual, no momento da consulta.

Desses 64 (sessenta e quatro) processos localizados, 11 (onze) estavam arquivados, o que não permitia a consulta sem requerimentos específicos ao Poder Judiciário que, em geral, exige procuração para a realização do desarquivamento e, portanto, a consulta a tais processos foi excluída.

Dessa forma, passamos a buscar as cópias integrais dos outros processos localizados, segundo a Vara de Execução Criminal.

A obtenção das cópias integrais dos processos não foi realizada em todos os processos localizados, diante de alguns obstáculos, que impossibilitaram o acesso aos autos: a decretação de segredo de justiça, a exigência de que a pesquisadora fosse advogada da parte para tirar xérox ou fotos, podendo somente compulsar aos autos, não localização dos autos em Cartório por estarem com o juiz, Ministério Público ou Defensoria, nos dias em que a Pesquisadora realizava a pesquisa documental.

Assim, foram obtidas cópias integrais de 13(treze) processos físicos das Comarcas de São Paulo e processos localizados em diversas cidades do Estado de São Paulo, como Limeira, Botucatu, Americana, Campinas, Caraguatatuba, Ferraz de Vasconcelos, Fartura, Itapetininga, Itapeva, Jales, Junqueirópolis, Mairiporã, Marília, Mocóca, Mogi Guaçu, Olímpia, São José do Rio Preto, Taboão da Serra e Tupã.

Em relação à Vara de Execução Criminal que os processos tramitam, esclarecemos que no Estado de São Paulo existe uma recomendação do Tribunal de Justiça, pelo Comunicado CG 43/2013, que todas as execuções criminais relativas a presos aos quais foi imposta medida de segurança consistentes em internação sejam remetidas à VEC de São Paulo (5ª. Vara de Execução Criminal de São Paulo),

independentemente do local onde indivíduo esteja recolhido.

Dessa forma, existe uma centralização dos processos de Execução da 5ª. Vara de Execução Criminal da Capital, em relação a processos que se referem a cumprimento de medida de segurança.

Entretanto, na fase de desinternação condicional, o cumprimento das condições impostas se dá, preferencialmente, no local em que o indivíduo possua familiares ou no local de sua última residência e, assim, o processo de execução criminal é transferido da Comarca de São Paulo para a Comarca em que o indivíduo passa a residir.

Dessa forma, localizamos processos em Comarcas diversas da Capital, pois referiam-se a processos de indivíduos que estavam cumprindo as condições impostas na fase de desinternação condicional, conforme explicitaremos adiante.

Da mesma forma, se na fase da desinternação condicional havia o decreto prisional desse indivíduo, o processo de execução criminal retornava seu trâmite à 5ª. Vara de Execução Criminal da Capital.

Para a elaboração dos dados que apresentaremos a seguir, não vinculamos as Comarcas de Execução Criminal em que os processos foram localizados aos indivíduos, para evitar qualquer possibilidade de identificação, seja dos indivíduos que cumprem medida de segurança, seja dos sujeitos da pesquisa qualitativa.

A opção por não mencionarmos as Comarcas específicas ocorreu, também, pela observação, durante o processo de obtenção dos documentos, que alguns processos de execução criminal de medida de segurança são conhecidos pelos serventuários ou juízes, por se relacionarem a crimes que são considerados graves naquela localidade ou por relacionarem-se a indivíduos que são conhecidos, por sua condição de “louco infrator”.

Para fins da pesquisa, mencionamos, apenas, se o processo tramitava perante a Comarca da Capital ou em Comarca diversa, que classificamos como Comarcas do “Interior”, pois os dados pesquisados revelariam diferentes encaminhamentos nos processos, conforme as Comarcas que os processos tramitam.

Diante dos 33 (trinta e três) processos que obtivemos cópias integrais, no momento da realização da pesquisa documental, no ano de 2018, existiam 7(sete) processos de indivíduos cumprindo medida de segurança de internação em um dos

HCTPS paulistas, sem que tivessem sido desinternados uma única vez e 26(vinte e seis) em que os indivíduos haviam sido desinternados, ao menos uma vez.

Embora todos 33(trinta e três) processos obtidos tenham sido importantes para a análise de documentos oficiais, realizamos uma categorização somente, dos 26 (vinte e seis processos) que continham decisão de desinternação condicional, pois permitiriam, em tese, acesso às informações sobre a transferência dos indivíduos dos HCTPs a outros equipamentos de saúde.

Finalmente, desse universo de 26(vinte e seis) processos, que obtivemos cópias integrais e que continham decisões, que determinavam a desinternação condicional dos indivíduos, realizamos, inicialmente, um levantamento dos principais dados socioeconômicos e processuais desses indivíduos.

Nesse primeiro levantamento, elaboramos a tabela nº. 01, abaixo apresentada, com dados sócios demográficos, jurídicos e processuais de sujeitos em desinternação condicional, de acordo com cada processo pesquisado:

Tabela nº 01 – Dados sociodemográficos, jurídicos e processuais de sujeitos constantes nos processos pesquisados

	Nome fictício	Sexo	Ano nasc	Idade	Cor	Escolaridade	Prof	Est civil	Tempo de internação	Crime que determinou internação	Diagnóstico
01	Marta	F	1961	58	B	Superior Inc	Do lar	Sep/Div	3 anos	Sequestro ou cárcere privado	Transtorno bipolar afetivo
02	Silas	M	1959	59	P	1º. Grau completo	ourives	Separado	1 ano	Tráfico de drogas	Síndrome dependência cocaína e crack
03	Danilo	M	1983	35	P	analfabeto	Boiadeiro	solteiro	8 anos	Ameaça e cárcere privado contra pais	Déficit intelectual
04	Leonardo	M	1981	37	P	1º. Grau inc	Servente pedreiro	solteiro	1 ano	Ameaça e invasão domicílio (pais)	Transtorno mental e comportamental devido uso de drogas
05	Alex	M	1985	33	P	Analfabeto	Não def ou des	solteiro	7 anos	Furto	Esquizofrenia e transtorno personalidade antissocial ou déficit intelectual+ psicose
06	Franciele	F	1989	30	P	1º. Grau inc	Moradora de rua	Solteira	1 ano	Roubo	Dependência de drogas + transtorno de personalidade
07	Tenório	M	1977	42	B	Analfabeto	Não definida	Solteiro	8 anos	Tentativa de estupro	Alcoolismo e retardo mental leve
08	Salomão	M	1972	47	P	1º. Grau inc	Ajudante geral	Sep/div	6 anos	Tentativa de estupro	Esquizofrenia com uso de drogas
09	Ronaldo	M	1979	39	B	1º. Grau inc	Lavrador	Solteiro	7 anos	Uso de drogas	Retardo mental leve + dep quim+ psicose esquizofreniforme

10	Saul	M	1989	30	P	1º. Grau inc	Não def ou des	Solteiro	6 anos	Tráfico de drogas	Dependência múltiplas drogas
11	Carlos	M	1982	36	P	1º. Grau inc	Não def ou des	Solteiro	6 anos	Furto	Des mental incompleto+ dependência drogas+ transtorno psicótico esquizofreniforme
12	Osvaldo	M	1992	26	P	analfabeto	Não def ou des	Solteiro	3 anos	Tráfico de drogas	Retardo mental moderado
13	Ismael	M	1974	44	B	1º. Grau inc	Não def ou des	Solteiro	6 anos	Homicídio	Alcoolismo e inteligência limítrofe
14	Marcela	F	1993	25	P	1º. Grau inc	Do lar	Solteiro	4 anos	Tráfico de drogas	Dependência de drogas
15	Aparecido	M	1985	33	P	1º. Grau inc	Morador de rua	Solteiro	3 anos	Roubo	Dependência química e transtorno personalidade antissocial
16	Mateus	M	1964	54	P	1º. Grau inc	Feirante	Solteiro	9 anos	Lesão corporal contra pais	Dependência múltiplas drogas
17	Miguel	M *	1972	46	N	1º. Grau inc	sapateiro	Solteiro	8 anos	Tentativa de estupro	Transtorno da pref sexual ou transtorno inespecífico da personalidade ligado à sexopatía com rebaixamento intelectual
18	Robson	M	1987	31	P	1º. Grau in	Jardineiro	Solteiro	4 anos	Desobediência + dano e ameaça contra pais	Alcoolismo
19	José	M	1973	45	N	1º. Grau inc	Comerciante autônomo	Casado	17 anos	Estupro e atentado violento ao pudor	Dependência múltiplas drogas
20	César	M	1976	42	P	1º. Grau inc	Jardineiro	Casado	2 anos	Furto	Alcoolismo
21	Moisés	M	1949	69	B	Superior incompleto	Professor	Solteiro	14 anos	Homicídio contra os pais	Esquizofrenia paranoide
22	André	M	1968	50	B	analfabeto	Não def ou des	Solteiro	6 anos	Furto	Retardo mental leve +esquizofrenia paranoide
23	Otávio	M	1986	32	P	1º. Grau inc	Catador de papelão	Solteiro	4 anos	Tráfico de drogas	Esquizofrenia psicose por drogas e oligofrenia
24	Wilton	M	1976	42	P	Analfabeto	Pedreiro	União estável	8 anos	Atentado violento ao pudor	Dependência de drogas
25	Cíntia	F *	1985	33	B	1º. Grau inc	Estudante	solteiro	8 anos	Roubo	Dependência múltiplas drogas
26	Mévio	M	1960	58	P	Analfabeto	Não def ou des	Solteiro	3 anos	Atentado violento ao pudor	Oligofrenia

*Identidade de gênero não corresponde ao sexo

B = branco, P = pardo, N = negro

Profissão: Não def ou des = Não definida ou desempregado

Em seguida, passamos a traçar um breve perfil dos indivíduos que cumpriam medida de segurança, retratados nesses 26(vinte e seis) processos.

Em relação ao sexo, identificamos 22(vinte e duas pessoas) do sexo masculino e 4(quatro) do sexo feminino, sendo que dois desses indivíduos declaram identidade de gênero diversa (indivíduos 17 e 25).

Em relação à cor, identificamos, conforme dados processuais, 16(dezesseis) indivíduos pardos, 2(dois) negros e 8(oito) brancos.

Quanto ao estado civil, 20(vinte) indivíduos eram solteiros, 3(três) eram casados ou viviam em união estável e 3(três) eram separados ou divorciados.

A análise do grau de escolaridade nos apresenta que 16(dezesseis) indivíduos possuíam o 1º. Grau incompleto, 7(sete) eram analfabetos, 2(dois) possuíam do Superior incompleto e apenas 1(um) possuía o 1º. Grau completo.

O nível de escolaridade parece estar relacionado às profissões exercidas pelos indivíduos que, em geral, são profissões ligadas à prestação de serviços no setor secundário, também observamos um grande número de indivíduos descritos como desempregados ou sem possibilidade de definição da profissão, o que ocorreu em 8(oito) casos e a descrição de “morador de rua” em 2(dois) casos, como ocorreu com Franciele e Aparecido (nºs. 06 e 15).

Em todos os processos, identificamos que somente em 4(quatro) desses processos ocorreu, em algum momento processual, a contratação de advogados particulares pelo indivíduo ou pela família. Nos demais processos (22), os indivíduos foram assistidos juridicamente, em todo trâmite processual, pela Defensoria Pública ou por advogados que atuam na Assistência Jurídica da Ordem dos Advogados¹⁰. Esse dado foi observado, pois também pode ser relacionado às condições socioeconômicas dos indivíduos.

Em relação à idade, identificamos indivíduos de faixas etárias diversas, sendo que o mais velho era nascido em 1949 e o mais novo era nascido em 1993, respectivamente, com 69 anos de idade e 25 anos de idade, à época da pesquisa documental.

A partir da idade do indivíduo, no ano de 2018, identificamos a seguinte distribuição em relação à idade:

¹⁰ Os advogados da Assistência Jurídica da Ordem dos Advogados são nomeados pelo Juízo para pessoas hipossuficientes.

Tabela nº 02 – Idade dos indivíduos, em 2018

Faixa etária	Número de indivíduos
Mais de 60 anos	1
50 a 59 anos	5
40 a 49 anos	7
30-39 anos	11
Menos de 30 anos	2

A maior parte dos indivíduos teria cometido crimes patrimoniais (furto e roubo): Sete (7) indivíduos, num total de 26(vinte e seis), Seis (6) indivíduos teriam cometido crimes contra a dignidade sexual (estupro ou atentado violento ao pudor) e quatro (4) quatro teriam cometido o crime de tráfico de drogas. Apenas 2(dois) indivíduos teriam cometido o crime de homicídio, conforme consta na Tabela abaixo:

Tabela nº 03 – Delitos que teriam sido praticados pelos indivíduos, para determinação de sua internação

Delito	Número de indivíduos
Furto tentado ou consumado	4
Roubo tentado ou consumado	3
Tentativa estupro	3
Estupro/atentado violento ao pudor	3
Tráfico de drogas	4
Homicídio tentado ou consumado	2
Sequestro ou Cárcere privado	2
Uso de drogas (artigo 28, Lei 11.343/06)	1
Desobediência, dano e ameaça	1
Ameaça e invasão de domicílio	1

Em relação à prática de delitos, apenas 2(dois) indivíduos não haviam respondido a processos criminais anteriores àquele que determinou sua internação: Marta (indivíduo nº01) e Moisés(indivíduo nº 21).

Os indivíduos que possuíam processos anteriores já registravam internações ou prisões anteriores, com vidas marcadas por entradas e saídas de estabelecimentos prisionais.

Entretanto, todos os sujeitos da pesquisa possuíam relatos de passagens por instituições psiquiátricas, em muitos casos, desde a infância ou adolescência, conforme Relatório “Hospitais-Prisão: Notas sobre os Manicômios Judiciários de São Paulo” elaborado pela Pastoral Carcerária, em agosto de 2018, a trajetória das pessoas internadas nos HCTPs é marcada por passagens anteriores em instituições psiquiátricas ou prisionais:

As pessoas que passam pelos hospitais de custódia possuem trajetórias marcadas pela passagem tanto em equipamentos públicos de assistência social e saúde, quanto em CDPs e penitenciárias (PASTORAL CARCERÁRIA, 2018, P. 45)

Em relação ao diagnóstico, identificamos 8 (oito) indivíduos que tiveram como diagnóstico psiquiátrico a “dependência química” ou “dependência de múltiplas drogas” e 2(dois) diagnosticados com “alcoolismo”. Observamos, ainda, que 4(quatro indivíduos) apresentavam diagnósticos relacionados à esquizofrenia e 4(quatro) são diagnosticados com retardo mental ou déficit intelectual. Há diagnósticos em que se somam aos chamados da dependência química (seja de drogas ilícitas ou de álcool) a outros diagnósticos, como transtorno de personalidade ou déficit intelectual, o que ocorreu em 6(seis) casos. Há um caso relatado como transtorno bipolar afetivo e um caso em que há diagnósticos múltiplos, relacionado a um dos indivíduos transgênero, o caso de Miguel (no. 17).

A tabela a seguir, de no. 04, apresenta os diagnósticos:

Tabela nº 04 – Principal diagnóstico dado aos indivíduos, conforme laudo pericial

Diagnóstico	Número de indivíduos
Dependência química ou dependência de múltiplas drogas	8
Esquizofrenia	4
Retardo mental/déficit intelectual	4
Dependência química(ou de drogas) + transtorno de personalidade	2
Alcoolismo	2
Alcoolismo + inteligência limítrofe (ou retardo mental leve)	2
Dependência química + retardo mental leve + psicose esquizofreniforme	2
Transtorno da personalidade da preferência sexual ou transtorno inespecífico da personalidade ligado à sexopatia com rebaixamento intelectual ou retardo mental leve com transtorno inespecífico de periculosidade.	1
Transtorno bipolar afetivo	1

O perfil trazido pelo Censo Nacional realizado em 2011 relata os seguintes dados nacionais:

- Relação aproximada era de uma mulher para cada seis homens,
- 76% dos indivíduos eram solteiros,
- 24% eram analfabetos e 42% possuíam o ensino fundamental incompleto,
- 18% sem profissão,
- A média de idade era de 39 anos,
- 29% teriam cometido crimes contra o patrimônio e homicídios somavam 28%,
- Indivíduos pretos ou pardos correspondiam a 45%.
- Diagnósticos de esquizofrenia era o mais encontrado: 42% dos casos.

Na 1ª. parte da pesquisa documental, na categoria “Desinternação mantida”, observamos o aumento de encaminhamentos ao CAPSAd para o cumprimento da condição de tratamento ambulatorial, o que estaria, provavelmente, relacionado ao uso problemático de álcool e outras drogas e os dados levantados parecem revelar essa tendência.

A mudança de perfil dos internos nos HCTPS paulistas, com a internação de uma população cada vez mais jovem e diagnosticada com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, já foi apontada por MAMEDE (2006), SAMPAIO (2010), LHACER (2013) e BARROS (2018).

Com a realização desse mapeamento inicial dos dados sociodemográficos e processuais, realizamos uma análise específica sobre a decisão judicial que determinou a desinternação para verificarmos as condições impostas, o ano que ela foi proferida e as implicações ocorridas após essa decisão, em termos processuais.

Somente em 3(três) processos não havia a determinação judicial de cumprimento da condição de tratamento ambulatorial, ou seja, nos demais processos (23) havia essa imposição.

As decisões analisadas foram proferidas entre os anos de 2004 a 2018.

Além da imposição da condição de tratamento ambulatorial, eram impostas as condições de:

- a) obter ocupação lícita ou justificar a impossibilidade de fazê-lo;
- b) comunicar periodicamente ao Juiz sua ocupação;
- c) não mudar do território da comarca do Juízo da execução, sem prévia autorização deste.

Em relação à situação do cumprimento das condições impostas durante a desinternação condicional, realizamos a seguinte classificação:

1º. Grupo- Indivíduos em cumprimento das condições: Oito (8) processos referiam-se a indivíduos que, em termos processuais, estavam em cumprimento das condições impostas no período da desinternação condicional;

2º. Grupo – Indivíduos em Situação Indefinida na Desinternação Condicional: Sete (7) processos em que os indivíduos não estavam cumprindo as condições e, assim, poderia ocorrer a reinternação do indivíduo;

3º. Grupo – Indivíduos que constavam como “procurados”, diante da expedição de mandado de prisão durante a desinternação condicional. São 6(seis) indivíduos que se encontravam nessa situação;

4º. Grupo- Indivíduos Reinternados: Cinco (5) processos retratavam situações de indivíduos que já haviam sido desinternados e reinternados, ao menos uma vez, e desinternados, novamente.

1º. Grupo – Indivíduos que estavam em cumprimento das condições impostas durante a desinternação

Em relação ao 1º. Grupo, indivíduos que estavam cumprindo as condições impostas na desinternação, identificamos um caso, o de Salomão (nº. 08), que não teve a imposição da condição de tratamento ambulatorial e, portanto, cumpria as condições de praxe, como justificar suas atividades e comparecer mensalmente ao Juízo.

Tenório (nº. 07) não teve a imposição da condição de tratamento ambulatorial em decisão judicial, mas diante de documento emitido pelo HCTP, cumpria a condição de tratamento ambulatorial no CAPS de sua cidade.

Os demais sujeitos (nºs. 01 a 06) cumpriam a condição de tratamento ambulatorial em CAPS ou Ambulatórios de Saúde Mental de suas cidades, sendo que os indivíduos de nºs. 01 a 06 cumpriam por período maior do que o determinado por lei, que é de 1(um) ano, sendo que todos esses processos tramitavam em Comarcas do Interior.

O período da desinternação condicional, nesses casos, passa a ter prazo indeterminado e a extinção da medida de segurança não está condicionada à

condição legal de não praticar nenhum ato que seja indicativo da persistência da periculosidade, mas passa a estar condicionada a novos e sucessivos laudos de cessação de periculosidade. Assim, se não há novo laudo de cessação de periculosidade, a condição de tratamento ambulatorial foi se estendendo.

As decisões judiciais proferidas nesses processos passam a estar baseadas nesses novos laudos de cessação da periculosidade, emitidos por peritos psiquiatras nomeados ou por relatórios médicos emitidos pelo CAPS ou Ambulatórios de Saúde Mental, fazendo com que os juízes profiram decisões de “manutenção do tratamento ambulatorial”, como observamos nos processos de Marta e Silas (nº 01 e 02), ou de “prorrogação da medida de segurança”, conforme identificado no processo de Danilo (nº 03).

Para melhor compreendermos os dados processuais observados, elaboramos a Tabela de no. 05.

Tabela nº 05 – 1º. Grupo: Indivíduos em cumprimento das condições impostas na desinternação condicional

	Nome fictício	Comarca	Ano da última internação	Ano Desinternação	Local tratamento ambulatorial	Diagnóstico	Tempo internação	Tempo de desinternação (até 2018)	Último andamento processual, até momento do levantamento documental (2018)
01	Marta	Interior	2007	2010	CAPS	Transtorno bipolar afetivo	3 anos	8 anos	Indivíduo vem realizando tratamento ambulatorial em CAPS das cidades onde tem residido, desde 2010.
02	Silas	Interior	2011	2012	CAPSAd	Síndrome dependência cocaína e crack	1 ano	6 anos	Em tratamento no CAPSAd de X, desde 2013. Indivíduo tem alta e MP requer laudo de cessação de periculosidade.
03	Danilo	Interior	2006	2014	CAPS	Déficit intelectual	8 anos	4 anos	Realizando tratamento ambulatorial, desde 2014. Iria realizar exame de cessação de periculosidade para eventual extinção da medida de segurança.
04	Leonardo	Interior	2015	2015	Hospital comum ou, na falta deste, em CAPSAd	Transtorno mental e comportamental devido uso de drogas	1 ano	3 anos	Tentativas de intimação. É localizado e começa tratamento ambulatorial no Ambulatório de Saúde Mental de X, em 2017.

05	Alex	Interior	2009	2016	Hospital comum ou, na falta deste, em CAPSAd	Esquizofrenia e transtorno de personalidade antissocial ou déficit intelectual+ psicose	7 anos	2 anos	Em tratamento ambulatorial no CRAS de X, desde 2016
06	Franciele	Interior	2015	2016	CAPSAd	Dependência de drogas + transtorno de personalidade	1 ano	2 anos	Tratamento ambulatorial no Hospital das Clínicas de X e recebe alta. É intimada para cumprir as condições impostas, sob pena de “revogação do benefício”.
07	Tenório	Interior	2009	2017	Sem condição de tratamento	Alcoolismo e retardo mental leve	8 anos	1 ano	Em tratamento ambulatorial no CAPSAd de X
08	Salomão	Capital	2011	2017	Sem condição de tratamento	Esquizofrenia com uso de drogas	6 anos	1 ano	Em cumprimento das outras condições impostas

Na Tabela de nº. 05, em relação ao tempo de desinternação, identificamos que o período de desinternação condicional, em alguns casos, tem perdurado 8 anos, como é o caso de Marta (indivíduo 01), 6 anos, como no caso de Silas (indivíduo 02), 4 anos, como no caso de Danilo (indivíduo 03), 3 anos, no caso de Leonardo (indivíduo 04) e 2 anos, como ocorre nos casos de Franciele e Tenório (indivíduos 05 e 06). Tais indivíduos estão sujeitos à possibilidade de reinternação durante todo esse período.

Todos os processos acima tramitavam em Comarcas do Interior.

Observamos que em tais processos não há a nomeação de advogados para atuarem na defesa dos indivíduos, na fase de desinternação, o que, em termos jurídicos, levaria à nulidade dos atos processuais praticados, conforme princípios constitucionais basilares, como os da ampla defesa e contraditório. Essa possibilidade não foi aventada em nenhum dos processos analisados.

A eventual obtenção da “alta” médica não foi entendida como fator para extinção da medida de segurança, exigindo-se o laudo de cessação da periculosidade, como ocorreu no caso de Silas (indivíduo no. 02), ou a intimação para continuidade de cumprimento das condições impostas, como o que ocorreu com Franciele (indivíduo no. 06).

Nos casos de Leonardo e Alex (indivíduos nº 04 e 05), a decisão judicial que os desinternou determinava que a condição de tratamento ambulatorial fosse cumprida em “Hospital Psiquiátrico e, na falta deste, em CAPS”.

As decisões judiciais proferidas nos casos de Leonardo e Alex revelam a falta de vagas ou de disponibilização de vagas em Hospitais Psiquiátricos da rede SUS e, assim, eles deveriam ser encaminhados aos CAPS, assim como ocorrerá nos processos de Saul, Carlos e Osvaldo (indivíduos nº 10, 11 e 12), de acordo com dados da Tabela de nº 06, abaixo.

Essas decisões judiciais determinavam a transferência para hospitais psiquiátricos e, na falta deste, ao CAPS (ou CAPSAd), com a indicação de que se as vagas não fossem disponibilizadas em 5(cinco) dias, os indivíduos deveriam ser postos em liberdade.

A falta de disponibilização de vagas em Hospitais Psiquiátricos pela Secretaria de Saúde do Estado pode ser identificada em uma série de ofícios enviados pelos funcionários dos HCTPs à Secretaria Estadual de Saúde (SES), solicitando vagas aos indivíduos dos HCTPs.

Além disso, os juízes da Vara de Execução Criminal requisitavam informações sobre o andamento da disponibilização das vagas pela SES, uma vez que a permanência desses indivíduos nos HCTPs seria ilegal, diante da desinternação.

Finalmente, identificamos que as decisões judiciais para o cumprimento da condição de tratamento ambulatorial em CAPSAd estão relacionadas ao considerado uso problemático de álcool e outras drogas. Os indivíduos encaminhados aos CAPSAd possuem um diagnóstico direta ou indiretamente relacionado ao uso problemático de álcool e outras drogas.

Nos casos de Silas, Leonardo e Franciele (indivíduos nº 02, 04 e 06) há uma relação direta com o diagnóstico de “dependência química”. No caso de Alex (indivíduo nº 05), embora sem diagnóstico de “dependência química”, em sua perícia constam os seguintes registros nos históricos pessoal e familiar: “Possui um irmão mais velho alcoólatra” e “começou a fumar maconha na adolescência”, o que justificaria o encaminhamento ao CAPSAd.

2º. Grupo – Indivíduos em situação indefinida, que podem ter a conversão da desinternação em internação

Nesse 2º. Grupo, a condição de tratamento ambulatorial foi imposta a todos os indivíduos em hospital comum ou em CAPS e, com exceção de Aparecido (indivíduo nº 15), nenhum deles estaria cumprindo essa condição.

Nos processos de Saul, Carlos, Osvaldo, Ismael e Marcela (indivíduos no. 10, 11, 12, 13 e 14) ocorrem diversas tentativas de intimação para que eles iniciassem ou prosseguissem com o tratamento ambulatorial.

Essas tentativas iniciais de intimação ocorreram no endereço declinado, por ocasião da desinternação, em geral, o endereço de um familiar. Entretanto, os indivíduos desinternados não são localizados nesses endereços, por terem se mudado ou por nunca terem residido naquele local.

Nos casos dos indivíduos Ronaldo e Aparecido (indivíduos nºs 09 e 15) há relatos de familiares, perante membros do Ministério Público, de impossibilidade de convivência com o indivíduo, sobretudo pelo uso de drogas, fatos que poderão ser entendidos como “indicativos da persistência da periculosidade” e que, possivelmente, os levarão à reinternação.

O período de desinternação, assim como ocorreu no 1º. Grupo, tem se prolongado além daquele determinado pela legislação, como observamos nos casos de Ronaldo, Saul, Carlos e Osvaldo (indivíduos no. 09, 10, 11 e 12), com duração de 4 a 2 anos. Todos os processos em que o período de desinternação foi prolongado, para além do período determinado por lei, tramitavam em Comarcas do Interior, de acordo com os dados sistematizados na Tabela de nº. 06:

Tabela nº 06 – 2º. Grupo: Indivíduos em situação indefinida pelo não cumprimento das condições impostas no período de desinternação condicional

	Nome fictício	Comarca	Ida de	Crime Internação	Ano da Desinternação	Profissão	Local tratamento ambulatorial	Diagnóstico	Tempo Inter-Nação	Tempo de desinternação (até 2018)	Último andamento processual, até momento do levantamento documental (2018)
09	Ronaldo	Interior	39	Uso de drogas	2014	Lavrador	Tratamento em CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental	Retardo mental leve + dep quim+ psicose esquizofreniforme	7 anos	4 anos	2017- Pedido do MP para conversão em internação, após relatos da mãe sobre comportamento do filho quanto ao uso de drogas

10	Saul	Interior	32	Roubo	2017	Não def ou des	Tratamento ambulatorial em hospital comum ou, na falta deste, em CAPSAd	Dependência múltiplas drogas	6 anos	2 anos	Tentativas de localização de intimação para dar cumprimento à condição de tratamento ambulatorial
11	Carlos	Interior	36	Furto	2016	Não def ou des	Tratamento ambulatorial em hospital comum ou, na falta deste, em CAPSAd	Des mental incompleto+ dependência drogas+ transtorno psicótico esquizofreniforme+ episódios depressivos	6 anos	2 anos	Tentativas de localização de intimação para dar cumprimento à condição de tratamento ambulatorial
12	Osvaldo	Interior	26	Tráfico de drogas	2016	Não def ou des	Tratamento ambulatorial em hospital comum ou, na falta deste, em CAPSAd	Retardo mental moderado	3 anos	2 anos	Tentativas de localização de intimação para dar cumprimento à condição de tratamento ambulatorial.
13	Ismael	Capital	44	Homicídio	2017	Não def ou des	Tratamento ambulatorial em CAPSAd	Alcoolismo e inteligência limítrofe	6 anos	1 ano	Iniciou tratamento ambulatorial no CAISM da X em duas oportunidades. Foi expedido mandado de intimação para dar continuidade ao tratamento, sob pena de conversão em internação. Indivíduo não foi localizado.
14	Marcela	Interior	25	Tráfico de drogas	2017	Do lar	Tratamento ambulatorial em CAPSAd	Dependência de drogas	4 anos	1 ano	Não iniciou tratamento ambulatorial e Ministério Público requereu conversão em internação.
15	Aparecido	Interior	33	Roubo	2018	Morador de rua	Tratamento ambulatorial em CAPSAd	Dependência química e transtorno personalidade antissocial	3 anos	Menos de 1	Início do tratamento ambulatorial no CAPSAd de X, em março de 2018. Em maio de 2018, mãe procura o Ministério Público para narrar o uso de drogas.

Nesse grupo, de indivíduos com situação indefinida, pois podem vir a ser reinternados, podemos observar que são indivíduos que possuem diagnósticos relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas, exceto Osvaldo.

No caso de Osvaldo, o médico psiquiatra, em laudo, afirmou que seu diagnóstico é de “transtorno mental moderado”, mas em seu histórico pessoal consignou que Osvaldo “refere ser usuário de drogas desde os 15 anos de idade, mas nega ser dependente”. A decisão judicial não justifica o encaminhamento de Osvaldo ao CAPSAd, mas pode estar relacionada à indicação do que seria considerado, pelo juiz, como “dependência química”.

Nesse grupo, com o cruzamento de dados da Tabela de nº 01, observamos pessoas que foram consideradas desempregadas ou sem uma profissão definida, como é o caso de Saul, Carlos, Osvaldo, Ismael (indivíduos de nº 10 a 13) e Aparecido que foi considerado como morador de rua (indivíduo nº 15).

São indivíduos que cometeram crimes contra o patrimônio, como Saul, Carlos e Aparecido (indivíduos de nº 10, 11, e 15) ou delitos relacionados ao uso ou tráfico de drogas, como Ronaldo, Osvaldo e Marcela (indivíduos nº 09, 12 e 14).

A questão presente é de como as condições de vulnerabilidade social e econômica são consideradas, ou não, dentro do contexto do cumprimento das condições impostas na desinternação.

Por fim, os casos de Ronaldo e Aparecido (indivíduos nº 09 e 15) permitem a consideração do papel da família nesse contexto. Conforme já salientamos, o aspecto do respaldo familiar é considerado como indicativo para a cessação da periculosidade e os casos aqui apontados parecem desvelar a família como outra forma de controle social sobre os indivíduos, que implicará, possivelmente, a volta deles para o HCTP.

3º. Grupo: Indivíduos com mandados de captura ou de internação expedidos, os “Procurados”.

No 3º. Grupo estão identificados os casos de indivíduos que possuem mandado de captura, com o fim específico de realização de novo laudo de cessação da periculosidade e os indivíduos com que já estão com mandado de prisão expedido.

Há dois casos em que o Tribunal de Justiça de São Paulo cassa a decisão proferida pelo juiz de 1º. Grau: em um dos recursos há a cassação da decisão que

extinguiu a medida de segurança, em recurso interposto pelo Ministério Público, diante do entendimento de que não ocorreu a cessação da periculosidade, apesar do cumprimento de 7 anos em desinternação, o que ocorreu no processo de Mateus (indivíduo no. 16). E, no processo de José (indivíduo no. 19), em recurso interposto pela Defesa, em que ocorre a cassação da decisão que concedeu a desinternação condicional, determinando-se a prisão do indivíduo, o que não poderia ocorrer, uma vez que em recurso interposto, exclusivamente pela Defesa, não se pode “piorar” a situação do réu.

Diante do não cumprimento da condição de tratamento ambulatorial foi expedido mandado de captura para realização de laudo de cessação de periculosidade, o que ocorreu com Miguel e Moisés (indivíduos nos. 17 e 21). O desfecho desses casos depende, mais uma vez, do laudo de verificação de periculosidade. Se o resultado for de que a periculosidade está cessada, a medida de segurança será extinta. Caso contrário, poderá ocorrer a reinternação, a depender do que o laudo dispuser.

Os processos de Miguel e Moisés tramitam na Comarca da Capital e são indicativos do entendimento da Vara de Execução da Capital, que é o de que, diante do não cumprimento do tratamento ambulatorial, deve ser realizado novo laudo de verificação de periculosidade, entendida como pressuposto para a manutenção de qualquer medida restritiva contra o indivíduo. Assim, ordena-se a expedição do mandado de captura.

Nas Comarcas do Interior, conforme já mencionamos no 1º. Grupo, as decisões judiciais, ao longo do período de desinternação, são proferidas para “prorrogar a medida de segurança” ou “manter o tratamento ambulatorial”. Assim, o não cumprimento de qualquer condição imposta já é considerado como pressuposto para a conversão do tratamento ambulatorial em internação, como ocorreu nos casos de Robson e César (indivíduos nºs 18 e 20).

Para melhor visualização dos dados processuais até aqui explicitados, elaboramos a Tabela nº 07:

Tabela nº 07 – 3º. Grupo: Indivíduos com mandado de internação ou de captura expedidos para reinternação

	Nome fictício	Comarca	Ano da última internação	Ano da Desinternação	Local tratamento ambulatorial	Tempo de internação	Tempo de desinternação (até 2018)	Último andamento processual, até momento do levantamento documental (2018)
16	Mateus	Capital	2002	2011	Sem submissão a tratamento ambulatorial.	9 anos	7 anos	MP interpõe agravo contra decisão que extinguiu medida de segurança, em 2013. Indivíduo cumpre todas as condições durante 1 ano. TJ cassa a decisão e determina retorno ao HCTP. Mandado de prisão expedido.
17	Miguel	Capital	2002	2015	Com transferência a hospital psiquiátrico comum	8 anos	3 anos	Não cumpre a condição de tratamento ambulatorial e expede-se mandado de captura para realização de laudo de cessação de periculosidade.
18	Robson	Interior	2012	2016	Tratamento ambulatorial em hospital comum ou, na falta deste, em CAPSAd	4 anos	2 anos	Indivíduo com atestados e relatórios médicos do Centro de Referência de Dependência Química e CAPSAd de X, mas diante da frequência irregular há conversão em internação e expedição de mandado de prisão.
19	José	Capital	2000	2017	Tratamento ambulatorial em hospital comum ou, na falta deste, em CAPSAd	17 anos	1 ano	Indivíduo cumpre todas as condições durante 1 ano. Há recurso da defesa. TJ cassa a decisão e determina retorno ao presídio comum. Mandado de prisão expedido.
20	César	Interior	2015	2017	Tratamento ambulatorial em CAPSAd	2 anos	1 ano	Tentativas de intimação e não localização. Conversão em internação e expedição de mandado de prisão, em maio de 2018.
21	Moisés	Capital	2000	2014	Tratamento ambulatorial em CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental.	14 anos	4 anos	2015 – Não cumprimento da condição e tratamento ambulatorial e expedição de mandado de captura

4º. Grupo – Indivíduos reinternados

Por fim, no 4º. Grupo, podemos observar indivíduos que já foram reinternados, ao menos uma vez, conforme sistematizado na Tabela de no. 08.

Tabela nº 08 – 4º. Grupo: Indivíduos reinternados

	Nome	Comarca	Data da internação	Data da 1ª. Desinternação	Condição imposta	Data do retorno ao HCTP	Motivo do retorno	Data da 2ª. desinternação	Último andamento processual, até momento do levantamento documental (2018)
22	André	Interior	1999	2004	Cumpriu no Ambulatório de Saúde Mental de X por 3(três) anos.	2007	Cometimento de novo delito	2013 Tratamento ambulatorial em Hospital Psiquiátrico	Expedição de mandado de condução coercitiva para realização de laudo de cessação de periculosidade.
23	Otávio	Capital	2009	2014	Imposição da condição de tratamento ambulatorial.	2014	Cometimento de novo delito	2017 DESINTERNAÇÃO EM RT	Internado no HCTP II de Franco da Rocha, AGUARDA VAGA
24	Wilton	Capital	2002	2005	Imposição da condição de tratamento ambulatorial.	2008	Não realiza tratamento	2016	2017 – Denúncias sobre o cometimento de novos crimes, como “estuprador da cidade” 2018 - Internado no HCTP II de Franco da Rocha
25	Cíntia	Capital	2005	2008	Imposição da condição de tratamento ambulatorial em CAPS.	2008	Cometimento de novo delito	2016	Não vem cumprindo condição de tratamento ambulatorial
26	Mévio	Interior	2001	2006	Imposição da condição de tratamento ambulatorial.	2008	Não realiza tratamento	2011 (Com condição de tratamento ambulatorial). Medida de segurança extinta e, em 2015, TJ cassa decisão de extinção.	Mandado de prisão expedido, desde 2016.

Nesse grupo, de acordo com os dados sistematizados na Tabela acima, a de nº 08, identificamos as decisões de desinternação com imposição de tratamento ambulatorial proferidas há mais tempo em nossa pesquisa documental, nos processos de André e Wilton: em 2004 e 2005, respectivamente indivíduos nºs 22 e 24.

A condição de tratamento ambulatorial foi imposta a todos os indivíduos e o descumprimento dessa condição foi o motivo da reinternação em dois casos, o de Vilmar e Mévio (indivíduos nº 24 e 26). Nos casos de André, Otávio e Cíntia o motivo determinante para a reinternação foi o cometimento de novo delito (indivíduos nº 22, 23 e 26).

Desse universo de 5(cinco) indivíduos que já foram reinternados uma vez, identificamos 2(dois) indivíduos que estão internados no HCTP II de Franco da Rocha, (indivíduos nºs. 23 e 24), sendo que um deles está na 2ª. Reinternação (nº 24).

André, Cíntia e Mévio (indivíduos nº 22, 23 e 26) estão, pela 2ª vez, desinternados, o que significa que já foram desinternados, reinternados e, agora, novamente desinternados.

Cíntia não vem cumprindo as condições de tratamento ambulatorial e poderá ser reinternada pela 2ª. vez. Mévio já está com mandado de “prisão” expedido para ser reinternado. André será submetido a novo exame de verificação de periculosidade.

Esse grupo retrata os casos de indivíduos que representam a tendência da denominada porta giratória, ou seja, a existência de um círculo vicioso com períodos de internação e desinternação, sucedidos de exames de verificação de periculosidade, sem que a medida de segurança seja extinta. Representa, igualmente, a imposição da condição de tratamento ambulatorial como forma de “alimentar” esse sistema e não como forma de tratamento.

4.2.2. Os Processos Cíveis: desvelando novos desafios para os sujeitos encarcerados em HCTPs

A partir dos ofícios trocados entre a Secretaria de Administração Penitenciária e a Secretaria de Saúde do Estado, com solicitação de vagas em Hospitais Psiquiátricos da rede SUS, identificamos nomes de indivíduos internados que ainda permaneciam nos HCTPs, aguardando as vagas solicitadas e, a partir desses nomes, realizamos nova pesquisa no site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, clicando na tela inicial no site no link “Consulta Processual”, após em “Processo de 2º. Grau” e realizamos a busca por nome.

Essa consulta localizou ações diversas, como Mandados de Segurança e Habeas Corpus interpostos pela Defensoria, a favor desses indivíduos, como Ações de Internação Compulsória cumuladas com Interdição, propostas pelo Ministério Público.

A partir da localização dessas ações, consultamos o andamento dos processos em 1º grau de jurisdição, tendo acesso via digital, somente aos processos

que não tramitavam em segredo de justiça.

Nessa fase da pesquisa documental, pudemos identificar 8 (oito) processos tramitando perante a esfera cível, sendo:

Quatro (4) processos eram ações movidas pela Defensoria Pública contra a Fazenda Pública do Estado de São Paulo e a Fazenda Pública do Município de Franco da Rocha para pleitear vagas a indivíduos que necessitavam de vagas em residências terapêuticas e/ou hospitais psiquiátricos.

Quatro (4) processos eram ações de internação compulsória cumulada com interdição, propostas pelo Ministério Público do Estado de São Paulo, visando a interdição dos indivíduos, o que complementava parte da pesquisa dos acórdãos, que já havia verificado a existência dessa possibilidade.

Portanto, passamos a trabalhar com um novo universo de indivíduos: alguns com decisão de desinternação condicional, mas que a cumpriam em hospitais psiquiátricos e aqueles que tinham suas medidas de segurança extintas, mas que passariam da tutela penal à tutela cível, por meio das ações de internação compulsória com interdição.

Tendo em vista caracterizar alguns dos aspectos vivenciados por tais indivíduos tecemos, a seguir, algumas considerações acerca deles.

Nas Ações propostas pela Defensoria identificamos indivíduos que tinham a determinação da desinternação condicional, mas não possuíam o exigido amparo familiar, por terem cometido o crime de homicídio contra familiares e, nos casos de Francis e Edvaldo, também apresentavam um quadro de cronificação da doença, diante do longo período de institucionalização, 18 e 12 anos, respectivamente.

Nos casos de Francis e Edvaldo, a decisão de desinternação condicional determinava a transferência para Hospital Psiquiátrico e, posteriormente, para Residência Terapêutica. Com a propositura das Ações Cíveis pela Defensoria, as liminares foram concedidas e as vagas disponibilizadas, com a transferência deles para Hospitais Psiquiátricos.

Francis aguardou a vaga por 2(dois) anos e Edvaldo por 3(três) anos e, assim, nesses casos, o período de desinternação condicional foi integralmente cumprido em HCTP e seus processos de processos de Execução Criminal foram arquivados, diante da extinção da medida de segurança.

Wesley, igualmente, teria cometido o crime de homicídio contra familiares

e, em seu caso, a decisão de desinternação determinou sua transferência para Residência Terapêutica. No caso de Wesley, apesar de possuir familiares, não havia disponibilidade em recebê-lo, devido ao fato de ser transsexual, daí a necessidade de sua transferência para a Residência Terapêutica.

Wesley não teve a vaga disponibilizada pelo que se pode observar no trâmite de seu processo cível, mas seu processo de execução criminal foi transferido para uma Comarca do Interior, o que sugere sua transferência a CAPS ou Hospital Psiquiátrico. O processo de execução criminal de Wesley tramitava em segredo de justiça, o que impediu o acesso a essas informações.

João obteve a concessão de indulto sem laudo de cessação de periculosidade, mas, após ligação de uma assistente social do HCTP à Defensoria Pública, ocorreu o ingresso de uma Ação para pleitear uma vaga em Hospital Psiquiátrico ou Residência Terapêutica para João.

A liminar foi concedida e a vaga foi só disponibilizada após dois anos da propositura da ação, com a intervenção do juiz criminal do processo e do Ministério Público Federal. Em maio de 2019, João foi transferido para uma Residência Terapêutica.

Como forma de melhor sistematizarmos as informações aqui explanadas, elaboramos a Tabela de nº 09, contendo as informações dos indivíduos que, diante da falta de disponibilização de vagas em Residências Terapêuticas ou Hospitais Psiquiátricos, após a desinternação condicional, necessitaram de ações propostas pela Defensoria Pública.

Tabela nº 09 – Indivíduos com ações propostas pela Defensoria Pública para pleitear vaga em Hospital Psiquiátrico

	Sexo	Outros dados	Crime que determinou internação	Diagnóstico	Data internação	Tempo de internação até decisão de desinternação	Data da decisão de desinternação condicional	Data da Propositura da Ação Cível e pedido	Situação do indivíduo em 2018 e outras observações
Wesley	M*	Morava nas ruas solteiro	Homicídio contra parentes	Retardo mental leve+ esquizofrenia não especificada + ausência ou perda do desejo sexual	2006	9 anos	Julho/2015, com transferência para Hospital Psiquiátrico	Maio de 2016, pleiteando transferência RT	Não há como determinar se ocorreu a disponibilização da vaga Processo de execução criminal em segredo de justiça
Francis	M	Casado viúvo	Homicídio contra genitora	Retardo mental moderado + transtornos delirantes + transtorno orgânico de personalidade	1997	18 anos	Out/2015 Com transferência para Hospital comum ou, na falta deste, em CAPSAd	Dezembro de 2016, pleiteando transferência para Hospital SUS e, após, inclusão em RT	Transferência para Hospital Psiquiátrico Processo de execução criminal = arquivado
Edvaldo	M	-	Homicídio contra genitor	Esquizofrenia	2002 (?)	12 anos	2014, Hospital comum ou, na falta deste, em CAPSAd	Julho de 2015, pleiteando transferência para Hospital SUS e, após, inclusão em RT	Transferência para Hospital Psiquiátrico Processo de execução criminal = arquivado
João	M	Morador de rua	Tentativa de furto qualificado	Psicose orgânica com possível associação à parafilia	2011	8 anos	Indulto TJ 2017	Nov de 2017 pleiteando transferência para Hospital SUS e, após, inclusão em RT	Transf para RT em maio de 2019

As ações de Internação Compulsória com Interdição, propostas pelo Ministério Público, trazem indivíduos com medidas de segurança extintas, seja pela concessão do indulto, como os casos Milton, Vilmar e Jairo, ou pela prescrição, como é o caso de Ailton, de acordo com dados constantes na Tabela nº. 10.

Tabela nº 10 – Indivíduos com Ações de Internação Compulsória com Interdição propostas pelo Ministério Público

	Ano nasc	Outros dados	Crime que determinou internação	Diagnóstico	Data internação	Data da extinção da medida de segurança	Data da propositura da ação cível	Situação do indivíduo em 2018
Milton	1961	-	Sequestro ou cárcere privado	Psicose esquizofreniforme e dependência de drogas	2001	2012 Indulto (mesmo sem laudo de cessação)	Maio de 2014	Defensoria Pública impetrou Habeas Corpus a favor de M., mas o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo denegou a ordem de Habeas Corpus, em set/2018.
Vilmar	1961	solteiro	Lesão corporal contra pais	Esquizofrenia paranoide	(?) 2001 – 1ª. Desinternação 2003 - reinternado	Set 2013 Indulto (mesmo sem laudo de cessação)	Maio de 2014	Permanecia em HCTP Defensoria Pública impetrou Habeas Corpus a favor de W. I., mas o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo denegou a ordem de Habeas Corpus, em maio/2018.TJ
Ailton	1937	Morador de rua	Homicídio	Alcoolismo + transtorno personalidade	2002	Abril de 2015 Prescrição(mesmo sem cessação) Há laudo de cessação da periculosidade em de março de 2017, pois A permaneceu internado em HCTP	Julho de 2015	Supremo Tribunal Federal concedeu ordem de Habeas Corpus, em 27 de dezembro de 2017, para a sua imediata remoção para CAPS ou unidade similar 2018 - A. está no CAPS
Jairo	1956	-	Artigo 61 da lei de contravenções Penais (contra irmãs)	Esquizofrenia paranoide	1981 a 1993 1999 volta a ser internado	Maio de 2012 Indulto (mesmo sem laudo de cessação)	Maio de 2014	Transferência para CAISM em 2014, onde permaneceu, apesar de alta em 2015. J. A. faleceu em novembro de 2017, quando ainda estava

Os indivíduos referidos nessa Tabela nº 10 tiveram sua medida de segurança extinta, sem laudo de cessação de periculosidade, o que levou à

propositura dessas respectivas ações, perante as Varas Cíveis da Comarca de Franco da Rocha.

As liminares são deferidas para determinar a internação compulsória.

Em 3(três) casos, dos indivíduos Milton, Jairo e Ailton foi determinada a transferência para Hospital Psiquiátrico do SUS e em um dos casos, o de Vilmar, determinou-se a sua permanência em HCTP. Sendo assim, apesar da extinção da medida de segurança, Vilmar permaneceu em um estabelecimento prisional, diante da decretação de sua internação compulsória pela Justiça Cível, liminarmente.

Milton e Jairo foram transferidos a Hospitais Psiquiátricos, denominados de Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM), obtendo alta médica, mas não puderam deixar as instituições hospitalares, diante da sentença cível que determinou a internação compulsória.

Ailton alcançou sua liberdade, após a Defensoria Pública do Estado impetrar diversos Habeas Corpus, sendo que somente em Habeas Corpus impetrado perante o Supremo Tribunal Federal reconheceu-se a ilegalidade da internação de Ailton que, em 27 de dezembro de 2017, determinou sua imediata remoção para CAPS ou unidade similar, onde ele deveria ser avaliado e, em sendo o caso, encaminhado à rede de assistência social do SUS (SUAS) ou a rede de atenção psicossocial.

Milton e Vilmar tiveram Habeas Corpus impetrados em seu favor pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo perante o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que denegou a ordem e, portanto, Milton permanecia no Hospital Psiquiátrico, apesar da extinção da medida de segurança e da alta médica, e Vilmar nunca deixou o HCTP.

Nos processos cíveis identificamos 8(oito) indivíduos do sexo masculino, entre 39 a 81 anos de idade, com média de idade de 56, 5 anos, enquanto a média do grupo anterior de indivíduos era de 39 anos (como a média nacional).

Portanto, esse grupo de indivíduos é composta por indivíduos mais idosos, com um perfil de cronificação da doença e, embora não se possa precisar a data de internação de todos, com um tempo de internação mais prolongado.

São indivíduos que não possuem mais nenhum vínculo familiar ou a família manifesta intenção em não os acolher. Tal fato pode ser explicado pela natureza dos crimes cometidos e pelas vítimas atingidas, pois nesse grupo Wesley, Francis,

Edvaldo, Vilmar e Jairo (5 indivíduos) cometeram crimes contra familiares.

Nos 8(oito) processos cíveis analisados, observamos duas questões fundamentais: a falta de disponibilização de vagas pela Secretaria Estadual de Saúde para indivíduos advindos dos HCTPs em Hospitais Psiquiátricos e em Residências Terapêuticas, e a internação compulsória de indivíduos que tiveram medidas de segurança extintas, sem laudos de cessação de periculosidade.

Os argumentos utilizados pela Secretaria Estadual de Saúde, nos documentos oficiais, para a não disponibilização de vagas a indivíduos advindos dos HCTPs, variavam de acordo com a cessação, ou não, da periculosidade do indivíduo.

Os documentos analisados eram compostos por Parecer da Diretoria Técnica de Saúde II, do Centro de Reabilitação, Relatórios de alguns hospitais psiquiátricos, e-mails da Assessoria Técnica do Gabinete do Secretário Estadual da Saúde, à época, e da Diretoria Técnica de Saúde I, do Núcleo de Regulação de Vagas.

Em relação aos indivíduos que possuíam o laudo de cessação de periculosidade e que necessitaram de intervenção da Defensoria Pública, a SES alegava que transferência a hospital psiquiátrico contrariava a normativa vigente, a lei 10.216/01, devendo-se determinar a transferência para as residências terapêuticas, cuja responsabilidade seria dos municípios, de acordo com as Portarias Ministeriais no. 106, de 11 de fevereiro de 2000 e nº. 3088, de 23 de dezembro de 2011 e no. 3090, de 23 dezembro de 2011.

Em relação aos indivíduos que tiveram a medida de segurança extinta, mas sem laudo de cessação de periculosidade, identificamos documentos que revelam a resistência para o acolhimento desses indivíduos, conforme observamos nos seguintes documentos:

- 1) Parecer da Diretoria Técnica de Saúde II, do Centro de Reabilitação afirmando que indivíduos com periculosidade possuem perfil assistencial complexo e que os hospitais psiquiátricos do SUS não são destinados para internações de longa permanência e, portanto, não podem acolher esses indivíduos.
- 2) E-mail do, então, assessor técnico do Gabinete do Secretário, Dr. Rafael Bernadon Ribeiro, afirmando que: “Do nosso ponto de vista, casos sem cessação de periculosidade não são para internação de longa permanência em hospitais SUS. Foi extinta sua medida de segurança, no entanto APRESENTA PERICULOSIDADE.

- 3) Em e-mails, a Diretora Técnica de Saúde I, do Núcleo de Regulação, Sandra Regina Camillo afirma que “ o paciente continua apresentando periculosidade e as instituições contatadas, segundo segue anexos, não aceitam pacientes nessas condições”.

Além de tais documentos, há a juntada pela Secretaria Estadual de Saúde, em dois dos processos, de e-mails de Hospitais Psiquiátricos e outras instituições de saúde, requerendo informações sobre o paciente sobre o qual se solicita a vaga e, assim, a SES afirma que tais instituições não querem receber pacientes que estiveram em medida de segurança e não tenham a periculosidade cessada.

Em termos de síntese:

A análise dos 26 (vinte e seis) processos de Execução Criminal permitiu traçar o seguinte perfil sociodemográfico e jurídico dos sujeitos: a maioria dos indivíduos era do sexo masculino (84,6%, isto é, 22 indivíduos), mas dois sujeitos eram transgêneros (7,7%), sendo um transgênero masculino e um transgênero feminino; 77% eram solteiros (20 indivíduos); 61,5% possuíam o 1º. Grau incompleto (16 indivíduos); 42,3% dos sujeitos tinham entre 30 a 39 anos à época da pesquisa documental (11 indivíduos) e 26,7% eram considerados sem profissão definida ou desempregados à por ocasião de sua prisão. A prática de crime patrimonial (roubo e furto) correspondia a maioria dos delitos praticados pelos sujeitos: 26,9% dos casos (7 processos).

Em relação ao diagnóstico, se considerarmos, exclusivamente, a questão da “dependência química” ou alcoolismo temos 38,4% dos casos (10 casos), mas se consideramos a dependência química ou alcoolismo associados a outros diagnósticos temos 61,5% dos casos (16 indivíduos).

Em 84,6% dos casos (22 sujeitos) a assistência jurídica foi prestada, ao longo do processo, exclusivamente, pela Defensoria Pública ou por advogados que atuam na Assistência Jurídica da Ordem dos Advogados, o que pode ser considerado mais um dado indicativo da situação de vulnerabilidade econômica desses sujeitos. Na fase de execução da medida de segurança, em processos que tramitavam em Comarcas do Interior, era comum a ausência de nomeação de defensor.

Em 23 processos, que correspondem a 88,4% dos casos, ocorreu a imposição da condição de tratamento ambulatorial, além das outras condições previstas no artigo 132, LEP. A 1ª. decisão judicial encontrada aplicando a condição de tratamento ambulatorial é datada do ano de 2004.

No momento do levantamento documental, apenas 8 (oito) sujeitos estavam cumprindo as condições impostas (30,7% dos casos): os casos de Marta, Silas, Danilo, Leonardo, Franciele, Alex, Tenório e Salomão (indivíduos nº 01 a 08).

Marta, Silas, Danilo, Leonardo, Franciele e Alex (indivíduos nº 01 a 06) foram submetidos a novos e sucessivos exames de verificação de periculosidade, durante a desinternação, que perdurava por um período maior do que o determinado por lei, entre 2(dois) a 8(oito) anos, uma vez que submetidos à condição de tratamento ambulatorial.

Ronaldo, Saul, Carlos e Osvaldo (indivíduos nos. 09 a 12) não estavam cumprindo a condição de tratamento ambulatorial, mas, igualmente, já cumpriam o prazo de desinternação condicional pelo período superior a um ano, de acordo com dados compilados na Tabela de nº 06.

Os casos identificados acima tramitavam em Comarcas do Interior, cujos processos revelam decisões que “prorrogavam a medida de segurança de tratamento ambulatorial” ou “mantinham o tratamento ambulatorial”, durante a desinternação condicional, enquanto não cessada a periculosidade, o que não se coaduna com a legislação penal vigente, pois o período de desinternação só pode durar 1(um) ano, conforme dispõe o artigo 97, § 2º. do Código Penal, que estabelece:

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

Sendo assim, ao não cumprir as condições impostas nesse período, automaticamente, o indivíduo é reinternado, aplicando-se um dispositivo legal específico para a medida de segurança de tratamento ambulatorial, que não deveria ser aplicado aos casos de desinternação, que é o artigo 97, §4º. do Código Penal:

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

Na Comarca da Capital, diante do não cumprimento das condições, o entendimento que prevalece é o de que não se justifica a manutenção de qualquer medida de segurança, sem que exista periculosidade, portanto, em geral, expede-se mandado de captura para elaboração de laudo de periculosidade.

Se, mais uma vez, constatar-se a cessação da periculosidade, a medida de segurança poderá ser extinta. Caso contrário, determina-se a conversão em internação, ou seja, se reestabelece a condição anterior.

Mateus e José (indivíduos nºs 16 e 19), em processos que tramitaram na Comarca da Capital, cumpriram as condições impostas durante o período de 1(um) ano e tiveram as medidas de segurança extintas. Entretanto, o Tribunal de Justiça cassou a decisão de extinção, entendendo que mesmo com o cumprimento das condições haveria a necessidade de realização de novo laudo de cessação de periculosidade.

No processo de Mateus e José, os acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, ao cassar as decisões do juiz da Vara de Execução Criminal da Capital, que extinguiram as medidas de segurança pelo decurso do prazo de 1(um) ano, dando provimento aos recursos interpostos pelo Ministério Público, afirmaram a possibilidade da indeterminação da medida de segurança, utilizando como argumento a “perigosidade latente do agravante” ou o “agravante é pessoa que está com a liberdade coactada por ser pessoa perigosa e enquanto viver e demonstrar periculosidade fica isolado e sob tratamento”.

Assim, o laudo de cessação de periculosidade é exigência para a desinternação e para a extinção da medida de segurança, ao final do período de um ano, não bastando que o indivíduo se abstenha da prática de fato indicativo de sua periculosidade.

As decisões proferidas pelos juízes da Comarca do Interior exigindo novos laudos de cessação de periculosidade durante a desinternação condicional, como condição para a extinção da medida de segurança, não bastando que o sujeito se abstenha da prática de fato indicativo de sua periculosidade pelo período de 1 ano, assim como os acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, no mesmo sentido, levam, em muitos casos, à indeterminação da medida de segurança, pois, mais uma vez, assim como ocorre para a concessão da

desinternação, haverá a dependência de um novo laudo de cessação de periculosidade.

Dessa forma, assim como afirmado na 1ª. parte da pesquisa documental, o entendimento do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em relação à natureza jurídica da medida de segurança, ao contrário do afirmado, de forma majoritária, de que seja medida terapêutica de caráter assistencial, configurasse como “pena neutralizante” (ZAFFARONI *et al*, 2011a, p. 137) ou como “medida de proteção social” (FOUCAULT, 2006b, p.18), conforme já explicitamos, frente àqueles que são considerados perigosos por sua natureza, afirmando ZAFFARONI (2011b, p. 103) que desde as categorias difusas de Von Liszt, o que se pretende é categorizar o “criminoso perigoso” de forma que sua natureza criminosa surja da sua própria existência.

À época da pesquisa documental, Ronaldo, Saul, Carlos, Osvaldo, Ismael, Marcela, Miguel, César, Moisés, André, Otávio, Wilton, Cíntia e Mévio (indivíduos nos. 09,10,11,12,13,14,17,20,21,22, 23, 24,25 e 26) não tinham cumprido ou não estavam cumprindo a condição de tratamento ambulatorial, o que já havia gerado novas reinternações e novas possibilidades de reinternações com a expedição de mandados de prisão (para voltar ao HCTP) ou de captura (ou para realizar exame de cessação de periculosidade e, após, decidir sobre reinternação).

André, Otávio, Wilton, Cíntia e Mévio (indivíduos nº 22 a 26) representam um grupo de indivíduos inseridos na dinâmica de (re)internações e desinternações, em que o fenômeno da porta giratória ou “revolving door” fica evidenciado.

A análise documental constatou que a condição de tratamento ambulatorial era imposta pelo juiz, seguindo determinação constante no laudo de cessação de periculosidade, que indicava o local a ser realizado o referido tratamento. O laudo pericial, em sua parte final, concluindo pela cessação da periculosidade, indicava a “continuidade de tratamento ambulatorial em CAPSAD”, por exemplo, em casos de “dependência química”.

Observamos a existência de um processo, no caso de Tenório (indivíduo nº. 07), que a decisão judicial não impôs a condição de tratamento ambulatorial em decisão judicial, mas diante de documento emitido pelo HCTP, ele foi encaminhado ao CAPS de sua cidade, o que nos leva a questionar sobre a forma automática de encaminhamento ao tratamento ambulatorial por parte dos funcionários dos HCTPs, dada à frequência de sua aplicação.

A Secretaria Estadual de Saúde, seja pela análise de documentos emitidos pela Coordenação de Saúde Mental, seja por documentos elaborados pelas Diretorias de alguns Hospitais Psiquiátricos, demonstra a resistência em receber indivíduos advindos dos HCTPs, uma vez que são considerados indivíduos “perigosos”.

Conforme observamos nos processos de Leonardo, Alex, Saul, Carlos e Osvaldo (indivíduos nº 04, 05, 10, 11 e 12), as decisões judiciais proferidas, entre os anos de 2015 a 2017, determinavam que a condição de tratamento ambulatorial fosse cumprida em “Hospital Psiquiátrico e, na falta deste, em CAPS”, com a indicação de que se as vagas não fossem disponibilizadas em 5(cinco) dias, os indivíduos deveriam ser postos em liberdade.

Nesses casos, as vagas não foram disponibilizadas e os indivíduos foram colocados em liberdade, passando a cumprir o período de desinternação condicional com a imposição de tratamento ambulatorial em CAPS.

Diante da questão formulada ao final da 1ª. fase da pesquisa documental, de que por quais motivos ocorreriam, em tese, mais transferências para CAPS e CAPSAd do que para Hospitais Psiquiátricos Comuns, consideramos que a análise documental dessa 2ª. fase nos permite inferir de que a falta de disponibilização de vagas em Hospitais Psiquiátricos pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo seria um dos motivos pelos quais passou a se determinar a transferência de indivíduos para os CAPS.

Entretanto, nem todos os indivíduos foram encaminhados ao CAPS, diante do perfil de cronificação da doença e de total desamparo familiar, como é o caso dos indivíduos da Tabela nº 09, Francis e Edvaldo, que constituem uma parcela de indivíduos que permanecia nos HCTPs, assim como outros 100 (cem) internos, conforme documento emitido pelo próprio Juízo da Vara de Execuções Criminais da Capital, em 2017.

A manutenção desses indivíduos nos HCTPs gerou a propositura de Ações interpostas pela Defensoria para pleitear vagas na rede SUS, com o posterior encaminhamento a residências terapêuticas, que, como ações individuais, podem não representar a forma mais efetiva de atuação institucional para a busca da solução desse problema.

A falta de disponibilização de vagas em Hospitais Psiquiátricos, igualmente, levou à propositura de Ações de Internação Compulsória com Interdição,

propostas pelo Ministério Público em face de uma parcela específica de indivíduos: aqueles com medida de segurança extinta, mas sem laudo de cessação de periculosidade.

A extinção da medida de segurança pela concessão do indulto ou da prescrição perpassa por entendimentos divergentes nos Tribunais e a sua concessão poderia ser considerada uma vitória, em termos processuais. Da mesma forma, quando existe um laudo de cessação da periculosidade e uma decisão de desinternação condicional, em tese, isso representaria a liberdade do indivíduo.

Entretanto, nesses casos, operam-se novas batalhas judiciais, ou pelas vagas em estabelecimentos de saúde, nas Ações propostas pela Defensoria, ou a configuração de novos dispositivos para a internação de indivíduos ainda considerados “perigosos”.

Assim, faz-se necessário problematizar qual o papel do Ministério Público e da Defensoria Pública para a manutenção do *status quo* do “louco infrator”.

Nos 8 (oito) processos cíveis analisados observamos indivíduos do sexo masculino, sendo um indivíduo transgênero feminino, com idade entre 39 a 81 anos de idade, com média de idade de 56, 5 anos, enquanto a média do grupo anterior de indivíduos era de 39 anos (como a média nacional), em que a maioria cometeu crimes contra de homicídios contra familiares, com diagnóstico de esquizofrenia. Assim, temos um perfil diverso do grupo de indivíduos dos processos de execução criminal.

As batalhas judiciais por disponibilização de vagas deve ser considerada dentro do contexto de que o processo de desinstitucionalização está em curso¹¹ no Estado de São Paulo e, conseqüentemente, há a redução de leitos nos Hospitais Psiquiátricos. Portanto, as determinações da Justiça Criminal e Justiça Cível para encaminhamento a Hospitais Psiquiátricos caminham na contra mão do movimento esperado, demandando sempre por novas vagas.

Por outro lado, a permanência de pessoas nos HCTPS com medidas de segurança extintas representa situação de flagrante ilegalidade, que denota a falta de articulação dos HCTPS com os equipamentos extrahospitais e a necessidade de ampliação da Rede de Atenção Psicossocial, sobretudo, das Residências Terapêuticas.

¹¹ Secretaria de Saúde/SP, Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014, 2015.

4.3. A ETERNA BUSCA PELA CERTIFICAÇÃO DA CESSAÇÃO DA PERICULOSIDADE NOS DOCUMENTOS PROCESSUAIS COMO DESAFIO PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

4.3.1. A produção de laudos de verificação de periculosidade no contexto do HCTP

Diante do perfil dos indivíduos desinternados que delineamos, predominantemente de homens, pardos ou negros, advindos de classes economicamente desfavorecidas, com pouca escolarização, grande parte desempregada, e com questões relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas e dos questionamentos trazidos por LOPES(2005), a 3ª. Parte da Pesquisa Documental busca, por meio das trajetórias de vida de alguns indivíduos, segundo os documentos obtidos, desvelar como eles ocupam lugares desiguais nos espaços sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer.

Nessa 3ª. Parte da pesquisa documental, buscamos traçar algumas trajetórias de vida de indivíduos, que puderam ser transferidos a equipamentos hospitalares, como CAPS, para analisarmos os encaminhamentos dado a esses indivíduos nos equipamentos de saúde.

LOPES (2005), embora tivesse como objetivo principal a discussão da desigualdade racial em saúde, aponta a importância dos estudos sobre desigualdades sociais nas condições de saúde, bem como o silenciamento, inclusive em pesquisas acadêmicas, sobre o que poderíamos denominar de fatores discriminantes:

Ao instituir a saúde como direito de todos(as) e dever do Estado (Artigo 196 da Constituição Federal Brasileira), o Estado brasileiro assume a responsabilidade de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, de modo a contemplar, da melhor forma possível, as necessidades e demandas da população.

Embora seja um avanço inegável como direito do cidadão, não o é quando trata do dever do Estado, pois este não tem assegurado a todos a mesma qualidade de atenção ou perfil de saúde, seja do ponto de vista regional e/ou étnico-racial. **Mulheres e homens; populações indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer.** Diante de tal constatação, é essencial que, no campo das políticas públicas ou institucionais, o processo de definição de diretrizes e metas não restrinja o conceito de igualdade ao seu aspecto formal e que seja considerado o impacto de preposições e ações sobre grupos populacionais específicos.

O combate e a erradicação das desigualdades tornam-se um grande desafio no campo das políticas públicas, especialmente quando tais desigualdades são oriundas da expressão indireta de discriminação.

Poder público e sociedade civil precisam ser imparciais no enfrentamento de práticas, procedimentos ou leis que, explicitamente, desfavorecem pessoas ou grupos característicos e devem ter em vista que, para eliminar as formas indiretas de discriminação, é necessário: (1) mensurar e interpretar de forma correta a magnitude e a evolução das disparidades entre os grupos hegemônicos e não-hegemônicos; (2) revisar as práticas institucionais, de modo que as novas ações, programas e políticas sejam orientadas pela noção de equidade; (3) assumir o compromisso e a responsabilidade de oferecer tratamento diferente àqueles que estão inseridos de forma desigual, contemplando assim suas necessidades e promovendo ou efetivando o direito à igualdade de fato (LOPES, 2005, p. 1598/1599, grifos nossos).

As formas como as práticas e procedimentos institucionais são aplicados e as leis são interpretadas, explicitamente, desfavorecem esse grupo de indivíduos considerados “loucos infratores”.

Em relação às práticas e procedimentos institucionais, observamos que há a aplicação de procedimentos disciplinares, como o de apuração de falta grave, que só poderiam ser aplicados aos indivíduos que cumprem pena, uma vez que o artigo 50, *caput*, da Lei de Execuções Penais estabelece que comete falta grave o condenado à pena privativa de liberdade, ou seja, uma vez que estamos diante de indivíduos que cumprem medida de segurança não se poderia cogitar na apuração de falta grave.

Outro aspecto a ser considerado é o da elaboração dos laudos para verificação de periculosidade, que são denominados de “multidisciplinares”, pois profissionais de diversas áreas passam a assinar a documentação enviada ao Juízo sobre a cessação, ou não, da periculosidade.

A elaboração do laudo multidisciplinar segue o procedimento previsto na Lei de Execução Penal para a confecção do Exame Criminológico, exame realizado em alguns casos de cumprimento de pena, pois desde a modificação da LEP pela Lei

10.792/03, o Exame Criminológico deixou de ser obrigatório para os indivíduos imputáveis.

O laudo multidisciplinar, seguindo as diretrizes da LEP para o Exame Criminológico, será realizado por uma equipe presidida pelo diretor do estabelecimento prisional e composta, no mínimo, por 2 (dois) chefes de serviço, 1 (um) psiquiatra, 1 (um) psicólogo e 1 (um) assistente social¹².

Os laudos multidisciplinares realizados nos HCTPs I e II de Franco da Rocha e no HCTP de Taubaté apresentam diferenças formais, embora a documentação de todos os HCTPS incorpore o aval do corpo administrativo na documentação enviada.

Os documentos elaborados nos HCTPS de Franco da Rocha são elaborados, separadamente, por psiquiatra, psicólogo, assistente social, setor educacional e setor jurídico, sendo que, ao final, cada profissional elabora um parecer.

O único documento que é denominado de “laudo” é aquele assinado pelo médico psiquiatra, sendo os demais denominados de relatórios. Nos processos analisados, quando existir divergência entre o parecer psiquiátrico e de outros profissionais, o juiz acatou o parecer do psiquiatra, sem exceção.

Esses documentos são enviados ao Juízo com ofício assinado pelo Diretor Técnico do HCTP, que sempre afirma concordar com o resultado de cessação, ou não, da periculosidade.

Portanto, apesar de chamados laudos multidisciplinares, não são em sua essência, uma vez que cada profissional elabora documentos distintos, que são anexados para envio ao Juízo.

No HCTP de Taubaté elabora-se um único laudo dividido em avaliação jurídica, que contém duas partes, o histórico criminal e a situação processual, avaliação social, avaliação médica, que, em geral, menciona antecedentes pessoais, antecedentes familiares, o estado de apresentação do indivíduo, o diagnóstico pelo CID 10 e a medicação. O documento é finalizado com a avaliação do setor de segurança e há uma avaliação consensual final.

A avaliação do setor de segurança consiste em um tópico em que se classifica o comportamento do interno, com o uso das palavras “ótimo”, “bom”,

¹² O entendimento de que o Laudo de Periculosidade é um “laudo multidisciplinar” advém do entendimento de que o artigo 174, da LEP possibilita a aplicação dos artigos 8º e 9º da mesma lei, que regulam o procedimento do exame criminológico.

“regular” ou “ruim/péssimo”. Em seguida o tópico é formulado com perguntas e respostas, que são:

Apresenta episódios de auto ou hetero-agressão?
Qual é a convivência com funcionários e demais pacientes?
Que tipo de demanda apresenta? (cartas, visitas, compras, etc)
Já fez atividade externa? Se afirmativo colocar por quem foi acompanhado.
Acompanha a rotina do hospital? (Horário de acordar, tomar medicação, almoçar, etc...)

O laudo elaborado no HCTP de Taubaté segue com a anexação do Boletim Informativo, documento elaborado pelo Setor de Segurança dos Estabelecimentos Prisionais, que atesta o comportamento carcerário dos reclusos, classificado, em geral, como ótimo, bom, regular ou ruim e traz informações sobre as faltas disciplinares cometidas pelos presos.

Assim, podemos interpretar que a anexação do Boletim Informativo tem a função, única e exclusiva, de subsidiar dados sobre o comportamento disciplinar do interno, justificando a ideia de que verificação da periculosidade é verificação da disciplina carcerária.

Portanto, incorpora-se nos documentos oficiais o aval da Diretoria do HCTP, avalizando o aval do corpo administrativo sobre os pareceres emitidos.

A avaliação pelos funcionários administrativos e do setor de segurança representa o controle e disciplinarização desses indivíduos, a partir de sua adaptação e cumprimento das regras institucionais, o que para FOUCAULT (2010 a) seria revelador do papel das prisões em transformar os indivíduos em “corpos dóceis”.

Entendemos que a apuração de faltas graves, o aval de funcionários administrativos para a cessação da periculosidade, a formalização do parecer do setor de segurança nos laudos de cessação e anexação do Boletim Informativo constituem um conjunto de práticas e procedimentos, que são típicas do sistema penitenciário e estão sendo incorporadas ao cumprimento da medida da segurança, explicitando o seu caráter meramente punitivo e disciplinar, ampliando a noção de periculosidade e traduzindo-se, conforme afirmado por RAUTER (2003, p. 87) “em práticas de repressão, controle e disciplinarização das parcelas mais pobres da população”.

As informações para elaboração dos laudos são colhidas por meio de entrevistas realizadas com os internos, com seus familiares, consultas a prontuários e a cópias dos processos criminais que motivaram a internação.

Nos exames realizados sempre há registro do histórico criminal, de antecedentes pessoais, de antecedentes familiares, do estado clínico, do estado psíquico, realizando-se considerações clínico-psiquiátricas, anotando-se a evolução do tratamento e a conclusão sobre a cessação da periculosidade.

Os antecedentes pessoais e familiares denotam o registro de dados que possuem uma lógica própria: anotar a existência de familiares que possam ser considerados “desajustados”, seja por possuírem antecedentes criminais, seja por possuírem “problemas mentais”. Além disso, o histórico familiar é registrado de forma a denotar os seus desarranjos, ou seja, os abandonos paternos ou maternos, as dificuldades financeiras ou a violência existente entre membros da família.

Os trechos abaixo exemplificam o afirmado, quando considera o pai que abandona a família e uma mãe que passa a “viver com outro homem”, que é agressivo, são os dados registrados sobre a família de Cíntia; um pai embriagado e molestatador e uma mãe que a abandona resumem a família de Franciele; e Miguel, que é transsexual, possui um irmão travesti e uma irmã homossexual. Portanto, o perito parece traçar o destino dos indivíduos pelo comportamento de seus familiares:

Exame para Verificação de Cessação de Periculosidade, Cíntia, ano de 2015

Até os oito anos residiu com os pais um período em sítio. Nessa época o pai abandonou a família e a mãe viveu com outro homem. O padrasto lhe tratava mal e era agressivo.

Exame para Verificação de Periculosidade, Franciele, ano de 2014

Referiu que o pai embriagado a molestava sexualmente quando criança. A mãe a abandonou aos 17 anos e permanecia nas ruas (sic).

Exame para Verificação de Periculosidade, Miguel, ano de 2015

Dados coletados em entrevista com o paciente.

(...)

Pai falecido em idade avançada, faleceu em asilo, foi lavrador, não sabe a causa da morte, foi alcoolista “quando recebia dinheiro ia pro bar”, negou tratamento psiquiátrico.

Mãe falecida aos 58 anos vítima de acidente vascular cerebral, foi lavradora, casou-se 2 vezes, da primeira união teve 6 filhos, da segunda união somente o paciente. Foi abandonada pelo primeiro marido. Negou aborto.

Um irmão homossexual falecido aos 32 anos, “era travesti” e morava com um rapaz, não sabe a causa da morte. Uma irmã é homossexual.

Em relação aos antecedentes pessoais, observamos que as informações registradas nos laudos referem-se a passagens por instituições psiquiátricas, passagens pela antiga FEBEM, uso de drogas, existência, ou não, de relacionamentos

amorosos e sexuais, onde a seleção dos dados forma um mosaico de um indivíduo “problemático”, que, segundo seu observador, desde a infância ou adolescência já demonstrava suas características para o mundo do crime e observamos que, por vezes, realiza juízo moral sobre os comportamentos dos indivíduos.

Conforme podemos identificar nos trechos extraídos de alguns dos laudos analisados abaixo encontram-se presentes a imagem do homem do campo, que não conseguiu aprender nada na escola e nunca teve relações sexuais, imagem essa retratada no caso de Ronaldo; a imagem de mulheres que abandonaram ou foram expulsas da escola e, ainda, tiveram relacionamentos amorosos diversos são as imagens retratadas das internas Cíntia e Franciele:

Exame para Verificação de Periculosidade, Ronaldo, ano de 2013

Sempre residiu em sítio e a família era pobre. Foi à escola por algum tempo e não conseguiu ter aprendizagem. Trabalhou na lavoura, desde criança.

Nunca foi casado ou amasiado e nem teve namoradas ou relações sexuais.

Tabagista desde os 14 anos. Fumava maconha diariamente e ingeria bebida alcoólica (pinga, conhaque, cerveja) em grande quantidade.

(...)

Foi internado em Hospital Psiquiátrico porque era agitado, não dormia e sentia-se perseguido e via pessoas olhando para ele de cara de cara feia. Também fazia tratamento em Posto de Saúde e fez uso de haldol decanoato, akineton, tegretol e diazepam. Melhorava com os medicamentos.

Exame para Verificação de Periculosidade, Franciele, ano de 2014

Cursou até a 8ª. Série e foi reprovada duas vezes. Uma vez foi expulsa da escola.

Menarca aos 13 anos e ritmo menstrual regular. Amasiada algumas vezes com companheiros mais velhos e separava devido ao uso de drogas. Muitos namorados. Se tornou prostituta aos 14 anos. Também teve relações com mulheres.

(...)

Aos 14 anos passou a usar drogas (mesclado, cola de sapateiro, cocaína e crack principalmente) diariamente.

(...)

Foi internada em clínicas e hospitais psiquiátricos várias vezes devido ao uso de drogas e por ordem judicial. Fugiu algumas vezes desses hospitais.

(...)

Algumas vezes presa por furto e tráfico de drogas.

RAUTER(2003), ao analisar Exames de Verificação de Periculosidade, a que denomina de “ tecnologia do preconceito”, conclui que os peritos buscam explicar o crime nas carências da infância , na família “degradada”, registrando dados que geram esse “passado que condena” e criando a ideia de um determinismo “cego e simplista”, corroborando o que observamos:

O processo de reconstituição da história do condenado nos EVCP poderia ser descrito como uma mirada em direção ao passado do indivíduo, buscando a confirmação de que realmente existiram acontecimentos em sua vida que por sua própria natureza são geradores de crime. Circula-se tautologicamente sobre este tipo de raciocínio: se tenho diante de mim alguém que está preso e condenado, este alguém só pode ser criminoso e, como criminoso, só pode ter história de criminoso. A este passado se tem acesso pela fala do preso, mas esta não é, por certo, uma via totalmente confiável: acredita-se que, certamente, ele procurará enganar, falsear a “verdade”. Lança-se mão dos autos do processo-crime, da ficha de comportamento carcerário, etc. Com base nestes dados considerados inquestionáveis, chega-se ao que se desejava: vidas pontilhadas de indícios que só poderiam mesmo levar ao crime. Supõe-se que, sem sombra de dúvida, o crime só pode ser uma anormalidade psicológica. Ao se historiar a vida do indivíduo, o que se quer é encontrar os indícios desta anormalidade desde a infância (abandonou a escola? seus pais não o criaram? já praticava pequenos furtos? egresso da Funabem?), passando pela vida no cárcere (cometeu muitas infrações disciplinares? tentou fugir?) e assim por diante, atentando-se para uma trilha de oposições, de pequenos atos de indisciplina. Na verdade, a história pregressa é uma montagem, cuja finalidade é confirmar no indivíduo o rótulo de criminoso (RAUTER, 2003, p. 91).

Os julgamentos morais importam em questões relacionadas, muitas vezes, à orientação sexual ou ao conceito de inteligência, como observamos no laudo de Miguel, em que se considera orientação sexual, como desvio, e também se considera “leve grau de rebaixamento intelectual”, pois Miguel teria dificuldade com “cálculos aritméticos, interpretação de provérbios, não sabe ver as horas em algarismos romanos”, desconsiderando-se o contexto cultural do indivíduo.

Exame para Verificação de Periculosidade, Miguel, ano de 2013

Considerações Clínico-Psiquiátricas:

Antecedentes familiares de alcoolismo e alterações de orientação sexual.

Paciente não tem história de dependência química ou distúrbios psicóticos.

Denota leve grau de rebaixamento intelectual, sabe ler e escrever, tem dificuldade com cálculos aritméticos, interpretação de provérbios, não sabe ver as horas em algarismos romanos. Percebe-se alguma tendência à manipulação e distanciamento afetivo.

Reúne critérios diagnósticos compatíveis com Retardo mental leve (CID. 10 F70.1) associado com possível Transtorno não especificado de personalidade.

As questões de gênero, igualmente, estão presentes, com a descrição de mulheres “dissimuladas e sedutoras”, o que implica julgamento moral por parte do perito, conforme observamos no laudo da interna Franciele. Igualmente, podemos observar a consideração de antecedentes pessoais e familiares, como forma de considerar como o destino dos indivíduos já estava traçado por seu passado e pelo de seus familiares.

Exame para Verificação de Periculosidade, Franciele, ano de 2014

Exame Psíquico:

Periciada examinada em uma sala da Unidade onde se encontra, trajando vestes próprias, cabelos longos e penteados, batom na boca, piercing na língua e sobrancelha esquerda, brincos nas orelhas, anéis nas mãos, uma pulseira no pulso esquerdo, chinelos nos pés e denotando cuidados com a aparência e higiene. Dissimulada, sedutora e teatral. Ansiosa. Linguagem compreensível e fala fluente. Orientada globalmente. Sem alterações da consciência. Atenção e concentração mantidas. Memória normal. Inteligência mediana. Sem distúrbios da senso percepção. Pensamento prolixo e perseverante. Afetividade superficial e imatura. Impulsiva. Humor não polarizado. Baixa tolerância a frustrações. Pragmatismo mantido. Relacionou seu passado delituoso com uso de drogas. Juízo de realidade preservado e autocrítica deficitária.

Considerações Clínico-Psiquiátricas:

Pai dependente químico, uma irmã foi traficante de drogas, um tio deficiente mental e outro tio assassinado. A periciada foi assediada sexualmente pelo pai na adolescência saiu de casa. Teve pouca escolaridade, foi expulsa da escola e trabalhou por poucos períodos. Sempre foi instável e impulsiva. Aos 14 anos de idade passou a usar drogas (maconha, cocaína, solventes e crack principalmente) de modo frequente, compulsivo e em grande quantidade. Tal consumo resultou em atos delituosos, emagrecimento, prostituição, alucinações, síndrome de abstinência e internações em clínicas psiquiátricas. Antecedentes de sintomas e ideias e tentativas de suicídio. O quadro clínico é sugestivo de Dependência de drogas + transtorno de personalidade (CID 10: F19.21+ F60.9).

A observação dos laudos, conforme pudemos identificar por alguns dos trechos acima transcritos, acabam por criminalizar determinados comportamentos tido como “anormais”, perpassando, por questões de gênero, classe social, orientação sexual e identidade de gênero, fazendo com que os exames de verificação de periculosidade sejam mais um procedimento que age de forma desfavorável às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, dentro do sistema de justiça criminal.

Outras duas questões que foram observadas na elaboração dos laudos referem-se, por um lado, à necessidade de aceitar a medicação prescrita e a sua condição de “doente mental” e, por outro lado, a necessidade de confessar seu delito ou de demonstrar arrependimento por ele.

Exame para Verificação de Periculosidade, Miguel, ano de 2015

Continua negando o delito, mesmo contra todas as evidências dos autos. “Eu passei na rua, vi um monte de gente, fui ver o que era, logo me pegaram como vítima e me levaram para a delegacia da mulher”.

Não há nenhuma crítica sobre as consequências dos seus atos “foi tudo forjado, é um absurdo que aquelas mulheres me reconheceram”.

Exame para Verificação de Periculosidade, Wilton, ano de 2011

Não demonstra arrependimento, nem crítica de sua vida delitiva, com fragilidade psíquica presente.

Exame para Verificação de Periculosidade, Mateus, ano de 2013

Não tem noção da necessidade do uso de medicação.

A confissão ou arrependimento pelo delito não permite ao indivíduo o questionamento de um sistema criminal que tenha falhas ou injustiças. A medicalização deve ser vista como algo benéfico, sem que se questione os efeitos colaterais sobre o indivíduo.

Para que a “terapêutica penal” seja considerada eficiente é preciso que o indivíduo seja obediente às regras institucionais, não seja questionador, ou seja, deve ser transformado num “corpo dócil”, passível de ser sujeitado e que não deve e não pode contestar o sistema em que está inserido, conforme já nos alertava FOUCAULT (2010a; 2010b).

É por isso que quando verificamos os laudos, que atestam a cessação de periculosidade ressoam imagens de indivíduos que teriam absorvido essas regras de arrependimento, de bom comportamento, de reflexão sobre o passado, em que não há qualquer preocupação com a vida extramuros, mas apenas com a ideia de “correção” do passado “desvirtuado”, de acordo com FOUCAULT (2010a):

Quanto aos instrumentos utilizados, não são mais jogos de representação que são reforçados e que se faz circular; mas formas de coerção, esquemas de limitação aplicados e repetidos. Exercícios, e não sinais: horários, distribuição do tempo, movimentos obrigatórios, atividades regulares, meditação solitária, trabalho em comum, silêncio, aplicação, respeito, bons hábitos. E finalmente, o que se procura reconstruir nessa técnica de correção não é tanto o sujeito de direito, que se encontra preso nos interesses fundamentais do pacto social: é o sujeito obediente, o indivíduo sujeito a hábitos, regras, ordens, uma autoridade que se exerce continuamente sobre ele e em torno dele, e que ele deve deixar funcionar automaticamente nele. Duas maneiras, portanto, bem distintas de reagir à infração: reconstituir o sujeito jurídico do pacto social — ou formar um sujeito de obediência dobrado à forma ao mesmo tempo geral e meticulosa de um poder qualquer (FOUCAULT, p. 148, 2010a).

Assim, ao analisarmos os laudos que concluíram pela cessação de periculosidade, observamos a existência do registro de dados que mencionam essa “adaptação” ao ambiente institucional, como atestado de sanidade mental, conforme alguns trechos de exames que transcrevemos:

Exame para Verificação de Periculosidade, Cíntia, ano de 2017

Quanto aos delitos praticados, assume que cometeu diversos furtos para manter o vício. Desde sua chegada a esta Instituição não recebeu visitas de familiares, devido à distância geográfica, mas a mãe é afetuosa com a filha e anseia por sua desinternação.

Atualmente ocupa seu tempo exercendo atividade laboral/terapêutica na limpeza do ambiente institucional. Tem mantido contato cordial com servidores e demais pacientes.

Tece reflexão satisfatória em relação a sua condição de saúde mental e da necessidade de tratamento em meio aberto.

Exame para Verificação de Periculosidade, Mateus, ano de 2017

Sua fala demonstra consciência crítica. Assume o delito e diz que não tinha o desejo de ferir, de machucar a mãe, o desentendimento consistiu num empurrão, e assumiu uma proporção maior que sua intenção. Não denota dissimulação. Expressa ter consciência. Manifesta propósitos bem delineados voltados para o trabalho, para reconstrução de sua vida, e com apoio familiar do genitor.

GOFFMAN(2010) considera que o “doente mental”, ao ser assim categorizado, sofre uma alteração em seu destino social, passando de seu *status* civil ao *status* de internado, ou seja, um indivíduo que perde sua autonomia, não pode expressar desejos próprios, é despojado de seus pertences pessoais, deve passar por testes de obediência, cumprir rotinas coletivas.

Uma vez que ele esteja “adaptado” a essa realidade obterá o laudo de cessação de periculosidade. Entretanto, esse indivíduo que está com o “eu mortificado”, conforme denominado por GOFFMAN (2010) não estará preparado para a vida extramuros.

4.3.2. Sobre trajetórias de vidas de sujeitos institucionalizados nas Redes da Justiça e da Saúde

Os significados dos conteúdos dos laudos podem ser observados, em termos de implicações, nas trajetórias dos internos e para a existência da transinstitucionalização desse grupo populacional.

As primeiras trajetórias traçadas serão as dos indivíduos que tiveram as Ações de Internação Compulsória com Interdição propostas pelo Ministério Público perante o Juízo Cível da Comarca de Franco da Rocha, cujo objetivo é o de obter a

autorização para a continuidade das internações desses indivíduos, bem como o de interditá-los, nomeando-lhes curador.

Essas ações foram iniciadas após uma visita de inspeção pela Promotoria de Franco da Rocha aos HCTPs I e II da cidade, em abril de 2014, o que ensejou, igualmente, a instauração de Inquérito Civil contra as Secretarias de Saúde e Administração Penitenciária do Estado, conforme documentos integrantes desses processos.

Ao propor a Ação de Internação Compulsória com Interdição há a anexação dos documentos que comprovariam a falta de disponibilização de vagas por parte da Secretaria de Saúde do Estado, como o Relatório elaborado pela Promotoria ao visitar os HCTPs e o documento comprobatório de instauração do inquérito civil contra SES e SAP.

Além desses documentos, essas Ações continham documentos dos processos de execução criminal, tais como a Guia de Desinternação, a Folha de Antecedentes Criminais do indivíduo e o Laudo de Cessação de Periculosidade, com a conclusão do perito psiquiatra pela não cessação.

O laudo do perito psiquiatra será o documento principal para a argumentação expandida na propositura da Ação, ou seja, a não cessação da periculosidade do indivíduo é que justificaria a sua Internação Compulsória e Interdição.

A propositura dessas Ações trazem o debate sobre o *locus* em que tais indivíduos deveriam passar a cumprir a Internação Compulsória e, uma vez que, supostamente, não possuíam vínculos familiares, sobre quem deveria ser nomeado como o curador desses indivíduos.

No Relatório elaborado pela Promotora de Franco da Rocha, em visita aos HCTPs de Franco da Rocha, destacou-se a existência de uma situação que causava grande preocupação aos funcionários do HCTP: a dos indivíduos que recebiam indulto, sem que se atestasse o fim da periculosidade e esses indivíduos deveriam ser transferidos para Hospitais Psiquiátricos para continuidade do tratamento, pois, do contrário, haveria perigo à vida do indivíduo e demais membros da sociedade, segundo a visão dos funcionários e relatado à Promotora de Justiça.

As narrativas realizadas pelos funcionários dos HCTPs sobre tais indivíduos serão reconstruídas nas Ações Cíveis propostas, a partir dos exames de verificação de periculosidade.

As petições iniciais, em relação ao pedido de internação compulsória, foram redigidas da seguinte forma:

...ainda apresenta grande periculosidade e necessita de tratamento hospitalar para a cura de sua doença, sendo a colocação em liberdade de tal paciente sem a correspondente vaga hospitalar no Sistema Único de Saúde um grande risco à vida, saúde e segurança do próprio requerido e dos demais membros da sociedade”.

Assim como nos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, conforme visto na 1ª. Parte da pesquisa documental, continua-se a afirmar que a internação poderá trazer a “cura da doença” e reafirma-se a periculosidade do indivíduo e o discurso de defesa social.

Em relação ao pedido de interdição, conforme trecho de uma das petições iniciais, enuncia-se que:

Conforme se verificou a partir dos fatos expostos e dos documentos que instruem os autos, o interditando padece de transtorno mental, tendo a autonomia comprometida, sendo incapaz de praticar pessoalmente os atos da vida civil.

Ou, conforme trecho de outra petição inicial, considera-se que:

Ainda, considerando o diagnóstico de (nome do indivíduo), necessária a declaração da sua incapacidade, por meio de sua interdição. É, nos termos do artigo 3º do Código Civil, pessoa com enfermidade e/ou deficiência mental que lhe retira o necessário discernimento para a prática.

A interdição é pleiteada simplesmente pela apresentação do diagnóstico do indivíduo, ou seja, pela ideia de que transtorno mental seria impeditivo para o indivíduo gerir sua vida e seus atos. O indivíduo é descrito como aquele que é o “portador” do transtorno mental, como condição que não o abandona e o estigmatizará e deverá determinar, portanto, o seu único destino possível, após a extinção da medida de segurança: a interdição.

Em todas as Ações, as liminares foram concedidas para determinar a Internação Compulsória dos indivíduos, nomeando-se como curador provisório o diretor do estabelecimento hospitalar para onde o indivíduo fosse removido.

Os significados dos conteúdos dos laudos também poderão ser observados nas trajetórias dos indivíduos desinternados, pois serão exigidos novos exames de verificação de periculosidade como requisito para a extinção da medida de segurança, após o período de desinternação condicional.

4.3.2.1. As Internações Compulsórias pela Justiça Cível como limitação ao processo de Transinstitucionalização

A Trajetória de Jairo

Jairo nasceu em 06 de outubro de 1956, em Benedito Novo, Santa Catarina. Foi criado pelos pais, junto com um irmão e duas irmãs. Estudou até a 5ª. série do ensino fundamental. Teve dois relacionamentos mais duradouros e teve um filho, com o qual não tem mais contato.

Suas duas irmãs foram vítimas do delito que determinou sua internação: a contravenção penal de importunação ofensiva ao pudor. São elas que fornecem informações sobre o passado de Jairo e sempre mencionam que ele era “filho de criação”, o que será uma informação recorrente em seus documentos.

Jairo, em 1980, com 24 anos, foi preso pela primeira vez. Nessa época, antes da Reforma do Código Penal de 1984, era possível a imposição de pena e medida de segurança aos indivíduos considerados semi-imputáveis e isso aconteceu com Jairo em alguns processos pelos quais respondeu, entre os anos de 1976 a 1982.

Há um fato que marca todos os laudos e peças processuais de Jairo: em 1993, Jairo agrediu violentamente um funcionário no HCTP I de Franco da Rocha e foi transferido para o HCTP de Taubaté, onde permaneceu internado até 08 de fevereiro de 1995.

O retorno de Jairo ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ocorre em 12 de agosto de 1998, após o delito praticado contra suas irmãs e sua absolvição imprópria, diante do diagnóstico de esquizofrenia paranóide.

Assim, Jairo praticou uma contravenção penal e, se fosse imputável, teria sido condenado a uma pena de multa. Entretanto, Jairo permaneceu internado desde 1998, com idas e vindas, e obteve o indulto somente em 2012, o que não significou a sua liberdade, diante da não cessação de sua periculosidade.

Posteriormente à concessão do indulto, a Juíza responsável pelo processo de Jairo determinou a sua transferência para hospital psiquiátrico comum, como “forma de preservar a vida do próprio paciente e a ordem pública”, uma vez que Jairo, segundo laudos médicos, “não tinha respaldo familiar, necessitava de medicamentos fortíssimos e tinha baixo grau de autonomia”.

Assim, apesar da emissão de sua guia de desinternação, em 2012, Jairo permaneceu internado no HCTP I de Franco da Rocha até 2014, quando foi transferido para o Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental (CAISM) de Botucatu, por força da liminar concedida pela Justiça Cível.

Entre 2012 a 2014, permaneceu internado no HCTP I de Franco da Rocha, sem que uma vaga tivesse sido disponibilizada pela SES em hospital psiquiátrico comum.

Nesse período há uma série de ofícios enviados pela Direção do HCTP para a SES solicitando a vaga e há ofícios do Juízo Criminal, cobrando a Direção do HCTP sobre a situação de Jairo.

A Ação cível foi proposta, em maio de 2014, com base no laudo de verificação de periculosidade, elaborado em 2011, ou seja, 3 anos antes da propositura da ação.

O laudo possuía um tópico para a qualificação de Jairo, com seu nome, local de nascimento, profissão, nome dos pais e um tópico chamado “fatos criminais”, onde se transcreve a peça processual acusatória do processo crime que apurou a responsabilidade de Jairo.

Em seguida, o laudo será assim elaborado:

Outros subsídios

Irmãs de criação do paciente declararam, em Juízo, que o mesmo vinha importunando-as com palavras obscenas, mostrava um comportamento desequilibrado, era agitado e excitado sexualmente. Ele esteve preso dezessete anos em diversos presídios por ter cometido homicídio, furto e porte de drogas. Exibia seu órgão genital para adolescentes que passavam na rua. Ele assediava a irmã quando ela tinha sete anos de idade. Perícia Psiquiátrica realizada em 19/01/1.999 concluiu pelo diagnóstico Esquizofrenia Paranóide. Naquela data se mostrava com discurso empobrecido, traços persecutórios, alheamento da realidade, afeto indiferente e comprometimento do senso crítico.

O paciente esteve internado no Hospital de Custódia em 1.981 e 1.993. Em 13/05/1.993 agrediu violentamente um funcionário e foi removido para o Hospital de Custódia de Taubaté. Demonstra frieza afetiva, reticência, inquietação e hostilidade. Recebeu o diagnóstico Esquizofrenia Paranóide. O internado relatou que seu pai faleceu idoso. A mãe teve seis filhos. Tem um

irmão, duas irmãs e um filho vivos e saudáveis. Nasceu em Hospital e residiu em Santa Catarina até os sete anos de idade. Coursou até a 5ª. série e tinha bom rendimento escolar. Trabalhou como bilheteiro, feirante e carpinteiro. Foi amasiado por duas vezes durante alguns anos. Primeira relação sexual aos 14 anos e refere vida sexual normal. Nega contatos ou atração por criança homens e animais. Masturbação esporádica. Tabagista há 35 anos. Sem uso drogas ou álcool. Nega doenças prévias, traumatismo craniano e convulsões. Primeira internação psiquiátrica em 1991. Fazia tratamento em consultório. Menciona uso de diazepam, haldol e ampicilil, os quais são justificados para "ficar precavido e não sair fora da mente" (sic).

Exame Psíquico:

Internado examinado em mesma sala da unidade onde se encontra; trajando vestes próprias, colares no pescoço, anéis nas mãos, um relógio em cada pulso, um boné na cabeça, tênis nos pés e em regulares condições de higiene. Mímica facial atoleimada. Intensos maneirismos e estereotipias. Ansioso e desconfiado. Desorientação delirante e alterações da consciência, identidade e unidade do EU (tem um clone e que se encontra no presídio do Carandiru, o clone teria cometido homicídios, ele se masturba lá e provoca dores de cabeça nele). Vigil. Atenção, concentração, memória e inteligência comprometidas. Ocorrência de distúrbios da sensopercepção (conversa com seus amigos na rua, sensações corporais, seu cérebro e pulmões, retorceram, tem doze litros de sangue, os dentes cresceram muito, vozes lhe aconselham, é um robô feito por uma equipe médica). Pensamento incoerente, com neologismos e paralogismos e delírios complexos de grandeza, perseguição e interpretação (é proprietário de fazendas, vai viver 300 anos, é invejado e perseguido, emagreceu por ter ingerido "comida vencida", tem muitos inimigos, etc). Afeto inapropriado. Ambivalente. Humor depressivo. Tolo e sugestível. Fenômenos de despersonalização e desrealização. Impulsivo. Valores éticos e morais distorcidos. Assumiu parcialmente a culpa do seu passado delituoso e não se comoveu com as vítimas. Grave comprometimento do julgamento dos seus atos e da realidade.

Considerações clínico-psiquiátricas

O paciente esteve internado no Hospital de Custódia em 1.981 e 1.993. Em 13/05/1.993 agrediu violentamente um funcionário e foi removido para o Hospital de Custódia de Taubaté. Demonstra frieza afetiva, reticência, inquietação e hostilidade. Recebeu o diagnóstico Esquizofrenia Paranóide. O internado teve escolaridade, trabalhou e foi amasiado. Segundo relatos de seus familiares, o periciado é doente mental de longo tempo e sempre revelou desinibição sexual, violência, inquietação e atos irracionais. Vem sendo internado em hospitais psiquiátricos desde 1.977 e as terapêuticas instituídas nunca resultaram em cura. O quadro clínico tem sido repleto de delírios e alucinações (tem milhares de anos, é perseguido desde criança, é um robô e transparente, tem muitas propriedades, seu sangue é abundante, o corpo tem sido transformado, vê santos, ouve vozes, tem um sócio, etc) e de modo persistente em associação com alterações da afetividade e vontade e gestos e atitudes bizarras e estereotipadas.

Preenche critérios diagnósticos para Esquizofrenia Paranóide (Cid: F20.0).

Evolução:

Não há registro de intercorrências, mas tende ao isolamento e apatia e persistem ideias delirantes e desconexas. É consultado regularmente por psiquiatra e faz uso de Haloperidol 10mg/dia, prometazina 50 mg/dia e sertralina 50 mg/dia.

Não recebe visitas ou comunicações de seus familiares.

A periculosidade está presente e evidenciada no seu passado criminoso, grave doença mental, reinternação nesta unidade e insucesso de tratamento ambulatorial e na Colônia de Desinternação Progressiva. Necessita prosseguir tratamento psiquiátrico no regime fechado deste Hospital de Custódia e como prevenção de outros crimes.

A análise do exame realizado parece desvelar que Jairo possui um passado datado do qual não pode se desvencilhar.

As falas de suas irmãs são tidas, ao que parece, como verdades absolutas de seu comportamento “desviante”, que sempre foi “desinibição sexual, violência, inquietação e atos irracionais”, ainda que o laudo tenha sido elaborado em 2011 e o último crime praticado seja do ano de 1998.

As internações psiquiátricas, que ocorrem desde 1977, nunca obtiveram “cura”, desvelando que para Jairo não há terapêutica possível.

A agressão ao funcionário, ocorrida em 1993, é mencionada por duas vezes, inclusive, com a menção de dia, mês e ano em que o ocorreu e com a utilização da expressão “violentamente” e a alusão a tal fato é seguida da constatação de que ele demonstra “frieza, reticência, inquietação e hostilidade”.

Além disso, seu observador realiza juízo de valor sobre suas vestimentas e comportamento, ao referir que ele estaria usando “colares no pescoço e um relógio em cada pulso”, “gestos e atitudes bizarras e estereotipadas” e é “tolo e sugestionável”.

A conclusão do laudo é de que a periculosidade persiste e que Jairo precisa continuar no “regime fechado” do HCTP I de Franco da Rocha e essa conclusão estaria evidenciada no “seu passado criminoso”, na “a grave doença mental” e no insucesso dos tratamentos a que teria sido submetido.

Na conclusão, o laudo relaciona a não cessação da periculosidade a elementos que passam a ser “atributos” de Jairo, espécie de características naturalizadas como crimes cometidos por ele no passado e sua doença, para a qual se busca a cura.

O insucesso das terapêuticas são creditadas única e exclusivamente ao indivíduo. O laudo considera que Jairo passa regularmente com psiquiatra e faz uso de determinados medicamentos. A única indicação é de que ele faça tratamento medicamentoso, mas dele é exigido que não esteja apático, nem tendente ao

isolamento, apesar do lugar institucional em que se encontra e das terapêuticas oferecidas.

Da decisão que concedeu a liminar, o governo paulista recorreu para o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que manteve a liminar concedida e Jairo foi transferido para o CAISM de Botucatu, local para atendimento de pessoas em estado agudo e ali permaneceu de 23/05/14 a 28/08/14, quando obteve alta.

O CAISM de Botucatu, em julho de 2014, elabora o seguinte Relatório:

Paciente Jairo, 56 anos de idade, procedente de Lins/SP, admitido neste hospital em 25 de maio de 2014, transferido do HCTP II de Franco da Rocha/SP, para que continuasse o seu tratamento terapêutico desvinculado do Sistema Penitenciário, onde se manteve institucionalizado por 17 anos.

A equipe técnica do CAIS, cumprindo as normas da Instituição e visando o bem estar do paciente e sua ressocialização, elaborou um projeto terapêutico singular para o paciente. Nesse projeto consta grupos terapêuticos, atividades terapêuticas e expressivas, atividades físicas, atendimento médico clínico e psiquiátrico, cuidados de enfermagem, assembléias, atividades individuais visando melhora nas condutas simples diárias, articulação com a rede e discussão constante em equipe das demandas do paciente.

O Sr Jairo aceitou participar da maioria das atividades, apresentando facilidade em se adaptar às novas atividades e rotinas elencadas, com boa interação com outros pacientes e profissionais; com postura, escuta e verbalização adequada; humor estável; afeto preservado; discurso coerente; orientação no tempo e espaço; colaborativo; empático.

Assim como descrito no Relatório Social do HCTP II de Franco da Rocha/SP, o Senhor Jairo continua a não receber visitas ou qualquer outro tipo de contato com os familiares.

Diante das condições apresentadas; do quadro social com ausência familiar, do longo período de institucionalização; do histórico mental crônico (F20.0) com características psicóticas e de evolução processual; da demanda por cuidados médicos, terapêuticos e uso contínuo de medicamentos, necessitando de supervisão; acreditamos ser pertinente que o mesmo seja transferido para uma Residência Terapêutica da Saúde Mental do Município de referência (Lins), a fim de manter os cuidados necessários para bem estar integral do paciente e para facilitar sua reinserção sócio familiar.

Assim, Jairo foi transferido para outro CAISM, em Lins, para pessoas com doença crônica, que emitiu relatório que o descrevia como calmo, colaborativo e comunicativo, em 04/09/17.

Entretanto, ao receber a documentação da Ação de Interdição Compulsória de Jairo, o Centro de Atenção Integral de Saúde de Lins requereu, imediatamente, a sua transferência, em documento encaminhado à SES, que em determinado trecho apresentava as seguintes observações:

Até então não dispunhamos das informações pregressas do paciente, em especial relativas à sua agressividade, o que nos deixa em estado de alerta, haja vista que embora nosso CAIS possua todas as condições para a reabilitação e reinserção em sociedade, de pacientes com o perfil que nos fora “vendido”, não podemos deixar de nos preocupar com os demais pacientes e, porque não dizer também com nossos funcionários, visto que o nosso CAIS possui uma característica asilar, por contar na sua quase totalidade com moradores “pacientes crônicos”, com inúmeras deficiências físicas-além das psico-neurológicas- o que impede totalmente sua defesa da eventualidade de uma agudização do quadro, além de expor as pacientes à possíveis agressões sexuais, visto que o perfil de nossos pacientes permite unidades mistas (homem/mulher); expondo-os, assim a risco iminente. Nesta esteira e, considerando o parecer psiquiátrico, que ora chega ao nosso conhecimento, através da inicial de Interdição movida pelo Ministério Público, onde em conclusão observa-se que apesar do indulto, o paciente “NECESSITA PROSSEGUIR TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO REGIME FECHADO DESTE HOSPITAL DE CUSTÓDIA E COMO PREVENÇÃO DE OUTROS CRIMES”, vez que não cessada a periculosidade, entendemos por bem, que sua permanência no CAIS Clemente Ferreira não está revestida das cautelas necessárias e requeridas para o caso.

Dessa forma, a Secretaria Estadual de Saúde passou a intermediar o retorno de Jairo ao CAIS de Botucatu, que em resposta ao Relatório emitido pelo CAIS de Lins, consignou que “durante todo o período da internação não observou nenhuma ação que pudesse contrapor a visão de que este paciente pudesse colocar em risco sua própria segurança ou de terceiros” e o acolheu novamente.

No último relatório elaborado pelo CAIS de Botucatu, a equipe multidisciplinar consignou:

O Sr Jairo aceitou participar da maioria das atividades, apresentando-se colaborativo; orientado; empático; com facilidade em se adaptar as novas atividades e rotinas elencadas, com boa interação com outros pacientes e profissionais; com postura, escuta e verbalização adequada; humor estável; afeto preservado. Atualmente em seus diálogos aponta preocupação com seu futuro, onde residirá, se irão cuidar dele adequadamente.

A fala de Jairo, intermediada pelos Relatórios Médicos, única forma dele manifestar-se nos processos, parece indicativa de um indivíduo que revela a sua vulnerabilidade social e talvez com as mesmas indagações que possuía na infância, ao esperar pela adoção: onde ele iria morar e quem cuidaria dele.

O CAISM de Botucatu solicitou autorização para iniciar o processo de desinstitucionalização de Jairo, uma vez que ele obteve alta e o local adequado para o seu caso seria a sua colocação em Residência Terapêutica (SRT).

A resposta nunca foi dada, pois com a transferência de Jairo para Botucatu iniciou-se uma discussão jurídica sobre qual o local adequado para tramitar o processo da internação compulsória, a comarca de Franco da Rocha ou a comarca de Botucatu.

Jairo não conseguiu esperar. Em 12 de novembro de 2017, Jairo foi levado ao Pronto Socorro de Botucatu e faleceu, aos 61 anos de idade.

A Trajetória de Milton

Milton nasceu em 22 de fevereiro de 1961, em Rio Grande da Serra, São Paulo e ingressou no sistema prisional no dia 21 de outubro de 1981, com 20 anos, por ter matado sua companheira, crime pelo qual foi condenado a 12 anos de reclusão, em regime fechado e cumpriu integralmente sua pena. Apesar disso, o crime perpetrado contra sua companheira sempre será lembrado nos registros documentais de Milton, como a prática de um crime grave, que justificará a não cessação de sua periculosidade.

Durante o cumprimento dessa pena ocorreu a conversão em medida de segurança, pois Milton sofreu diversos problemas de saúde dentro do sistema prisional.

Entre fugas e idas e vindas, Milton obteve seu alvará de soltura em 2000, sendo preso em flagrante em 27 de março de 2001, pois teria privado a liberdade da vítima, mediante sequestro, colocando uma faca em seu pescoço. Nesse processo, Milton foi considerado inimputável e lhe foi imposta medida de segurança de internação. Seu diagnóstico é de psicose esquizofreniforme e dependência de drogas.

Em 2012 foi concedido indulto a Milton com determinação de sua transferência a hospital psiquiátrico comum, até alta hospitalar, sem que obtivesse vaga no SUS, permanecendo, portanto, no HCTP até 2014, quando foi proposta a Ação de Internação Compulsória c/c com Interdição, nos seguintes termos:

Considerações Clínico-Psiquiátricas:

Não há relato de antecedentes de doenças mentais entre, os familiares. Paciente tem história pregressa de agressividade e dificuldade em aceitar limites, com criminalidade precoce (homicídio da companheira).

Trata-se de indivíduo que fez uso, pelo menos nos períodos em que esteve em liberdade, de grande quantidade de drogas ilícitas associadas ao consumo de etílicos, com séria repercussão sobre seu comportamento,

com concepções delirantes de persecutoriedade e grandeza, alucinações, alto grau de impulsividade e intensa liberação de agressividade.

Na época dos fatos criminais apresentava critérios diagnósticos compatíveis com Psicose Esquizofreniforme + Dependência de Drogas (CID 10: F19.5 + F19.2).

Há evidência que, como, quadro de base, apresente também transtorno de Personalidade.

Correlação Psiquiátrico Forense:

Seus atos estão associados à subversão do senso ético, impulsividade sem controle, dificuldade em suportar frustrações, intoxicação por drogas e álcool e possível distorção da realidade.

Evolução

Não há registro de intercorrências significativas nos últimos anos. Vem exercendo atividades laborativas na fábrica interna da Instituição há anos (reparo de carteiras escolares).

Aparentemente, está exercendo crítica mais aprofundada sobre as consequências dos seus atos, bem como sobre os fatos que determinaram seu retorno ao regime fechado. O respaldo familiar é inexistente, não recebe visitas ou comunicações, sua família o teme e o paciente revela não querer reatar vínculos familiares.

Quanto à expressão de distúrbios de personalidade, ao menos em local abrigado, não tem influenciado seu comportamento. Sintomatologia sob controle.

Atualmente medicado com Clonazepam 2mg por dia, além de extensa medicação clínica.

Conclusão:

Periculosidade não cessada. Entendemos, salvo melhor juízo, que, em função do bom comportamento e do relativo grau de autonomia, de novamente tentarmos seu tratamento em regime de Desinternação Progressiva. Como não há apoio familiar, a depender de sua evolução, poderá futuramente tentar sua transferência para Hospital Psiquiátrico Comum ou Residência Terapêutica.

O laudo de Milton foi elaborado no HCTP I de Franco da Rocha, após seu retorno ao “regime fechado” daquele local, pois não teria se adequado às normas disciplinares da Desinternação Progressiva do HCTP II de Franco da Rocha, concluindo que como Milton possui “bom comportamento carcerário” e “relativo grau de autonomia” poderá retornar ao HCTP II de Franco da Rocha, apesar de estar há anos sem intercorrências e trabalhando na Instituição.

O laudo parece desvelar que o fato de Milton foi “merecedor” de uma nova chance no regime de desinternação progressiva, apesar das faltas disciplinares cometidas no passado, que são vistas como erros que precisam ser corrigidos e que são atitudes a serem repensadas pelos indivíduos, uma vez que se exige “uma crítica aprofundada sobre as consequências dos seus atos, bem como sobre os fatos que determinaram seu retorno ao regime fechado”.

No caso de Milton, sua internação é determinada pelo delito de sequestro ou cárcere privado cometido em 2011. Entretanto, o crime de homicídio cometido contra sua companheira, em 1981, pelo qual ele cumpriu pena, é o delito que é sempre mencionado, pois indicaria sua tendência à “agressividade” e “à dificuldade de aceitar limites”, pois teria revelado sua “criminalidade precoce”.

Assim, mais uma vez, parece existir, como marca, um passado que não pode ser esquecido, não existindo elementos concretos que possam justificar a não cessação da periculosidade de Milton.

Com a concessão da liminar, em 15 de outubro de 2014, a vaga é disponibilizada e Milton é transferido para um Hospital Psiquiátrico de um Município localizado na região da Grande São Paulo.

Em 11 de setembro de 2015, o Hospital Psiquiátrico dá alta a Milton, que permanece até a presente data no hospital, devido à decisão da 1ª. Vara Cível de Franco da Rocha que, liminarmente, o internou compulsoriamente.

Segundo relatórios do Hospital Psiquiátrico, Milton apresenta-se:

vígil, auto cuidado preservado, atenção espontânea e voluntária preservada, pensamento organizado, não exterioriza delírios, sem pensamento de morte ou ideação suicida ou homicida, sem alteração na senso percepção, volição diminuída, humor eutímico, afeto ressoante, crítica de morbidez e juízo de realidade presente, com evolução na mudança de comportamento e conscientização à cerca da doença e os prejuízos causados por ela. Houve melhora satisfatória do quadro, boa resposta ao tratamento com estabilidade psíquica.

Diante da permanência de Milton no Hospital Psiquiátrico, devido à Internação Compulsória, apesar da alta médica, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo impetrou Habeas Corpus a favor de Milton, mas o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo denegou a ordem de Habeas Corpus, em 09/09/2018, afirmando que o Habeas Corpus é uma via processual estreita para a análise da realidade fático-processual da aferição se é cabível medidas extrahospitalares no caso de Milton.

Tal afirmação é realizada, apesar da juntada do Relatório do Hospital Psiquiátrico, afirmando que:

Paciente apresenta-se calmo, colaborativo, participando pouco das atividades na enfermaria, devido ao tempo de internação prolongado, acaba sendo cansativo e desestimulante.

O presente relatório segue em complementação ao anterior, reiterando-se como medida terapêutica atual elencada pela equipe multidisciplinar que o acompanha, a desinternação hospitalar devido à conclusão de seu projeto terapêutico e possível retrocesso dos alcances presentes, junto a necessidade de reinserção social e retorno ao convívio familiar.

(...)

Cabe ressaltar, que a internação para dependência química, quando além do tempo estimado do projeto terapêutico, pode levar aos seguintes prejuízos:

O paciente passa a estar sem sincronia com outros pacientes com quadro clínico mais agudo e assim ficam com dificuldade de acompanhar atividades terapêuticas que passam a ficar repetidas, ele fica desinteressado e a internação passa a não dar uma ação terapêutica e apenas punitiva;

(...)

A experiência que deveria ser de cuidado e recuperação passa a ser de punição que distancia possivelmente o paciente do tratamento, lembrando que os eixos fundamentais da recuperação são acompanhamentos preferencialmente ambulatoriais (ambulatório de saúde mental e CAPS) por período prolongado, suporte social, uso de medicação adequada, ferramentas terapêuticas para crises, técnicas de enfrentamento nas situações cotidianas de sua rotina, organização, trabalho, suporte familiar. A lentidão para retomadas dessas ações causadas pela internação prolongada faz com que o paciente fique “institucionalizado” com esses cuidados, pois dentro de um hospital todas as necessidades são supridas por terceiros, o que faz um desserviço para o alcance da autonomia, fazendo com que as ações propostas pelos terapeutas em relação a organização e rotina fiquem sem sentido uma vez que não aplicadas em sequência.

Vale ressaltar, que já foi solicitado inserção do paciente em RT – Residência Terapêutica no local de sua origem, já que não há familiares dispostos a dar assistência ao paciente nesse novo processo e modelo de tratamento. Mas até o momento, não se deu como frutífera nossa solicitação.

O Relatório Médico de Milton afirma que ele concluiu o seu projeto terapêutico e precisa ser desinternado, pois podem ocorrer retrocessos do que já foi alcançado até o momento, uma vez que dentro de um hospital há um “desserviço para o alcance da autonomia”, já que todos os cuidados são promovidos por terceiros e a ação terapêutica passa a ser vista apenas como punitiva e, assim, solicita-se a sua transferência para uma residência terapêutica, o que não foi autorizado.

Os Relatórios elaborados pelo Hospital Psiquiátrico não terão valor jurídico-processual, assim como ocorre com os laudos psiquiátricos, fazendo com que ele permanecesse internado até o ano de 2018. Para o Poder Judiciário, a verdade inscrita no laudo de verificação de periculosidade, emitido no processo criminal extinto ainda dita o destino de Milton, agora “preso” pela Justiça Cível.

A Trajetória de Ailton

Ailton nasceu em 17 de agosto de 1937, em Santos, São Paulo. Sua mãe deixou a família e o pai perdeu o poder familiar e Ailton passou a viver em abrigos na cidade de Santo André. Na maioridade foi morador de rua. Teve diversas passagens criminais, entre elas por homicídio e estupro.

Ailton respondeu ao seu 1º processo, por furto, em 1962 e, em 1965, foi acusado pelos delitos de homicídio e estupro. Em 1980 Ailton obtém a liberdade. Novos delitos são cometidos em 1987 e 1995.

Sua medida de segurança de internação foi imposta pelo fato praticado no dia 14 de maio de 2002, em Santo André, pelo crime de homicídio contra uma pessoa que vivia nas ruas com ele, sendo considerado inimputável. Segundo os peritos, seu diagnóstico era o de alcoolismo e transtorno de personalidade.

A medida de segurança de Ailton foi extinta, em abril de 2015, por decisão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que extinguiu a sua punibilidade pela prescrição.

Em julho de 2015, a Ação de Internação Compulsória foi proposta pelo Ministério Público, com laudo emitido no mesmo ano, que concluiu pela não cessação de sua periculosidade, conforme trechos do laudo:

Considerações Clínico-psiquiátricas

Antecedentes familiares de alcoolismo.

Paciente teve pouco contato com os pais, foi educado em orfanatos, morou na rua durante muito tempo, Afetividade rude, dificuldade marcante em manter vínculos, história de alcoolismo desde a adolescência, com uso frequente e alterações de comportamento.

Histórico criminal comporta atos delituosos graves (homicídios, estupros e atentados violentos ao pudor).

Reúne diagnósticos compatíveis com Transtorno de personalidade + alcoolismo (CID 10: F 60.9 + F10.2)

Correlação Psiquiátrico-Forense

Agiu em função de intoxicação por álcool, impulsividade sem controle, dificuldade de suportar frustrações e subversão do sendo ético.

Conclusão:

Periculosidade não cessada.

Considerando-se a boa evolução, bem como o fato de ter se mantido durante anos em meio social mais amplo, aparentemente sem intercorrências, entendemos ser possível sua transferência para o Regime de Desinternação Progressiva do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha II, onde será melhor avaliado quanto à dependência de álcool; como não conta com respaldo familiar mas tem relativa autonomia, posteriormente, a depender de sua evolução, poderá ser inserido em residência terapêutica.

O laudo emitido no caso de Ailton destaca o que seriam, segundo o perito, graves crimes cometidos por ele e o seu passado marcado pela vulnerabilidade social e uso de álcool.

A não cessação da periculosidade parece não poder ser explicada por nenhum fator objetivo ou concreto, uma vez que Ailton teve “boa evolução”, ressaltando-se o aspecto da falta de respaldo familiar como indicativo para a não cessação da periculosidade.

Ailton obteve a concessão do indulto, mas permaneceu no HCTP de Franco da Rocha e sua vaga não foi disponibilizada em nenhum Hospital da rede SUS, apesar da liminar ter sido concedida nesse sentido.

No caso de Ailton, contra a decisão que deferiu a liminar para determinar sua internação compulsória e a remoção para local indicado pela Fazenda Pública do Estado de São Paulo, a Defensoria Pública impetrou Habeas Corpus alegando que Ailton estava sofrendo constrangimento ilegal, pois a interdição civil seria uma “medida de segurança disfarçada”, que significava uma prisão perpétua, baseada na “periculosidade” de Ailton e relacionada com o processo penal.

Em 10 de novembro de 2016, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo denegou a ordem, entendendo que o Habeas Corpus não era a via adequada para o exame aprofundado de provas e verificação de justificativas fáticas apresentadas pela Defensoria, no caso de Ailton.

A Defensoria Pública continuou pleiteando a liberdade de Ailton perante os Tribunais Superiores até que, em 27 de dezembro de 2017, o Supremo Tribunal Federal concedeu a ordem de Habeas Corpus e determinou a imediata remoção de Ailton para CAPS ou unidade similar, onde ele deveria ser avaliado e, em sendo o caso, encaminhado à rede de assistência social do SUS (SUAS) ou a rede de atenção psicossocial.

O STF entendeu que com a extinção da medida de segurança não se pode manter o indivíduo em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que é estabelecimento penal.

No caso de Ailton, a ilegalidade diz respeito a internação mantida em HCTP com fundamento em interdição civil, pois mesmo nos casos baseados no sistema de justiça criminal, a legislação não permite internações por longo período,

uma vez que a abordagem do tratamento da pessoa com sofrimento mental tem como escopo a reinserção e a integração social. Dessa forma, concluiu o STF, que no caso de Ailton, a internação com sede no sistema de justiça civil, a ilegalidade se mostra ainda mais evidente.

O STF, ainda, considerou que a categoria “periculosidade” é observada quando da realização do laudo de cessação da periculosidade, exame confeccionado para a manutenção ou não da medida de segurança. Assim, no caso de Ailton seria prescindível e, sobretudo ilegal, a consideração de sua periculosidade para a sua internação compulsória, até porque sua medida de segurança foi extinta.

Além disso, sobre a “periculosidade”, o STF ponderou que:

a sintomatologia evidenciada na pessoa em sofrimento mental, é consistente, muitas vezes, em uma característica inerente ao próprio indivíduo. Discriminá-lo, por tais fatores, mantendo-o em regime mais rigoroso do que determina a lei, poderia ser traduzido como condenação pelo modo como alguém ser e constituir-ser¹³.

Portanto, o Supremo Tribunal Federal esposou o entendimento que a doença do indivíduo é uma “característica inerente” a ele e mantê-lo internado por esse motivo seria uma forma de condenação pelo modo que alguém é e se constitui como indivíduo, o que seria discriminatório.

Em caso análogo, o STF, igualmente, proferiu a seguinte decisão:

Manter o Paciente internado em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, por prazo indeterminado, sem que haja “indicação de internação”, além de travestir a interdição civil em medida de segurança disfarçada, contraria a legislação de regência e a Convenção Internacional, e atenta contra a vida, a liberdade e a saúde do indivíduo em questão. Lembrando-se que é um senhor idoso, de 80 anos, e que a jurisprudência desta Corte vedou, há mais de uma década, as prisões de caráter perpétuo (HC 84.219/SP, Rel. Min. Marco Aurélio, DJ 23/09/2005).

Ailton permaneceu internado no HCTP II de Franco da Rocha de 2015 a 2018 até que, em 01 de fevereiro de 2018, fosse transferido para o CAPS de Santos.

O Relatório emitido pelo CAPS de Santos, em 21 de setembro de 2018, afirma que Ailton foi acolhido integralmente, seu benefício assistencial foi reativado e que “está orientado no tempo e no espaço, memória e atenção preservadas e não

¹³ Não faremos a referência do julgado de Ailton para evitar a sua identificação.

precisa ir para residência terapêutica. Faz pequenas saídas para realizar compras, comprar remédios, cortar cabelo” e não apresenta quadro psiquiátrico que precise ser inserido em residência terapêutica, concluindo que:

Diante do exposto, reafirmamos nosso entendimento de que o sr. Ailton necessita de inserção em ILP – Instituição de Longa Permanência. A dificuldade está na disponibilização da vaga via SEDES – Secretaria de Desenvolvimento Social, sendo que há uma urgência diante da complexidade do serviço CAPS e de ocupar um leito que tem a finalidade de acolhimento integral para usuários atendidos na saúde mental.

Dessa forma, mais uma vez, Ailton aguardava a disponibilização de vaga em outro equipamento de saúde considerado mais adequado às suas necessidades.

A trajetória de Vilmar

Vilmar, nascido aos 03 de maio de 1961, em Sorocaba. Solteiro. Possui 4 irmãos, sendo que uma delas é sua curadora e recebia a pensão por morte do pai, em nome dele e o descreve como alguém que “nunca teve vida produtiva, fugia e brigava na escola”.

Nos anos 1980, Vilmar cometeu crimes patrimoniais de furto e roubo e cumpriu pena e medida de segurança entre 1984 a 1993.

Em 1993, pelo delito de lesão corporal contra sua mãe, Vilmar foi considerado imputável e passou a registrar entradas e saídas dos HCTPs paulistas, inclusive, registrando fugas até que foi beneficiado pelo indulto em 2013 e, diante da não cessação de sua periculosidade, a Ação de Internação Compulsória com Interdição foi proposta pelo Ministério Público, em 2015.

No seu caso, a Justiça Cível concedeu a liminar para a internação compulsória de Vilmar, mas com a determinação da sua permanência no HCTP I de Franco da Rocha, nos seguintes termos:

Diante dos documentos trazidos, defiro a tutela antecipada para que a internação do interditando seja mantido no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico "Professor André Teixeira Lima" até ulterior determinação deste juízo.

Assim, mais uma vez, temos um paradoxo. No âmbito criminal, Vilmar obteve sua guia de desinternação, mas criou-se um mecanismo judicial na esfera cível que acabou por representar uma espécie de mandado de prisão, uma vez que ele permanece em estabelecimento prisional, sob a égide da Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo.

Vilmar obtém uma determinação do juiz criminal de que deve ser solto pela concessão do indulto, mas o juiz cível determina sua manutenção no HCTP, por liminar, diante de sua internação compulsória.

O laudo de cessação de periculosidade de Vilmar, que embasou a Ação de Internação Compulsória e, portanto, a liminar que determinou sua manutenção no HCTP teceu as seguintes considerações e conclusão:

Considerações Clínico-Psiquiátricas:

Um primo alcoólatra e outro primo suicida. Segundo relatos dos familiares, o internado teve escolaridade e pouco trabalhou e sempre foi inquieto e impulsivo. **No início da adolescência passou a consumir drogas** de modo frequente e piorou o comportamento. Se envolveu com atos delituosos e adoeceu mentalmente. Foi várias vezes internado em hospitais psiquiátricos em razão de agressividade, pensamento desconexo, delírios de grandeza e perseguição, alucinações e ilusões e agitação psicomotora. **As terapêuticas instituídas nunca resultaram em cura.** Preenche critérios diagnósticos para Esquizofrenia Paranóide (CID: F20.0).

Conclusão:

A periculosidade está presente e evidenciada em violência contra familiares, não aderência ao tratamento ambulatorial, insucesso de tratamento na Colônia de Desinternação Progressiva, internações anteriores e alterações de comportamento mesmo internado. Necessita prosseguir tratamento psiquiátrico no regime fechado deste Hospital de Custódia.

O laudo elaborado no caso de Vilmar, assim como já pontuado no tópico anterior, refere aspectos pessoais, como o uso de drogas na adolescência, e aspectos familiares, como a existência de um primo suicida e outro alcoólatra. Além disso, o crime cometido por ele, contra seus pais, em 1993, é aspecto considerado como indicativo de sua periculosidade, assim como a não aderência ao tratamento.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo impetrou Habeas Corpus a favor de Vilmar e o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em 21 de março de 2018, entendeu que a decisão proferida pelo juízo cível está acertada, uma vez que:

Pois bem, aqui não se busca interesse diverso, a não ser a proteção do interdito e de seus eventuais bens.

A hipótese dos autos não é distinta. Como consta do instrumento o paciente já está interditado e tem curadora nomeada.

Contudo, nem a curadora e nem nenhum dos seus parentes próximos demonstra possibilidade de acolhê-lo e acompanhá-lo no tratamento que precisa.

O estudo social realizado mostra que os parentes não possuem condições de ampará-lo porque todas as vezes que ficou fora da internação não tomou a medicação e partiu para agressividade e para a prática do crime.

Respeitada as razões apresentadas, e ainda que a internação em casa de custódia não seja o que se espera, essa internação acaba sendo uma proteção ao próprio paciente.

E, registre-se que a internação não tem efeito de cumprimento de pena e nem se cuida de medida de segurança. É perfeitamente possível que se busque melhor local para internação do paciente, entretanto, a própria Defensoria Pública relata que foram expedidos vários ofícios buscando a internação em hospital público e não foi encontrado lugar para a internação.

A decisão do Tribunal de Justiça, ao entender que a internação compulsória de Vilmar, em HCTP, era medida legal, considerou que a medida era necessária para a sua própria proteção, diante da inexistência de familiares para acompanhar seu tratamento ou de vagas disponibilizadas pelo Poder Público, fazendo, mais uma vez, que o discurso de defesa social seja utilizado como argumento para a manutenção do indivíduo em instituição penitenciária, vista como única alternativa viável.

Em síntese:

Nesse grupo de indivíduos, as Ações de Internação Compulsória com Interdição são propostas com base em documentos emitidos nos processos de execução criminal, anexando-se as folhas de antecedentes criminais e os laudos que atestam a não cessação de periculosidade.

O apensamento de tais documentos reafirma que essas ações estão fundamentadas em aspectos criminais, cujas petições iniciais reafirmam a periculosidade perene desses indivíduos, mencionando diagnósticos estigmatizadores, a utópica busca da cura para a “doença mental” e reafirmando o seu passado criminal.

A periculosidade, segundo os laudos, passa a estar inscrita, igualmente, a fatos pretéritos, como os crimes praticados, considerados “graves”, ou em faltas disciplinares cometidas, reveladoras do comportamento carcerário, além da vinculação a um necessário respaldo familiar, ainda que alguns indivíduos nunca tenham possuído qualquer amparo familiar antes de sua reclusão.

Todos esses critérios, considerados como atributos, são utilizados como argumentos pelos Desembargadores do Tribunal de Justiça, em seus acórdãos, para

determinarem as desinternações, ou não, dos indivíduos, conforme visto na 1ª. Parte da pesquisa documental.

No caso de Jairo e Vilmar, os relatos de familiares são tidos como verdades absolutas, sem que se questione qualquer tipo de motivação ou subjetividade dos relatos.

Tais elementos não podem ser modificados pelo indivíduo, fazendo com que a noção de periculosidade, nesses casos, seja perene, permeando os discursos psiquiátricos e jurídicos/penitenciários na seara criminal e, agora, das ações cíveis propostas.

Assim, a medida de segurança é extinta formalmente, mas o fundamento da periculosidade persiste.

Entretanto, Jairo, Milton e Ailton foram transferidos a Hospitais Psiquiátricos Comuns e CAPS e os documentos emitidos pelos locais que os receberam passam a descrevê-los como indivíduos capazes de estabelecerem relações sociais, “calmos”, “colaborativos”. Nesses documentos não há qualquer menção aos crimes cometidos.

No caso de Ailton, a transinstitucionalização, ainda que forçada, parece apontar como possibilidade para o processo de desinstitucionalização, uma vez que inserido na Rede de Atenção Psicossocial obteve o benefício previsto no “Programa de Volta para Casa” e passou a circular pelos espaços da cidade, estabelecendo relações de contratualidade em seu território, contrariando o conteúdo dos laudos psiquiátricos que afirmavam a necessidade de sua internação, diante da não cessação de sua periculosidade.

4.3.2.2. A trajetória de João: As Ações Cíveis propostas pela Defensoria e os desafios para o processo de Transinstitucionalização

Nascido aos 12/03/1967, em Pirapozinho, região de Presidente Prudente, João obteve o benefício do indulto após recurso no Tribunal de Justiça, em 2017.

Em seu caso não ocorreu a intervenção do Ministério, pois uma assistente social efetuou uma ligação à Defensoria Pública requerendo auxílio jurídico para o caso, que propôs uma Ação de Obrigação de Fazer perante a Justiça Cível da

Comarca de Franco da Rocha, após de nomeação de uma advogada para atuar em prol dos interesses de João.

As petições iniciais formuladas pela Defensoria sempre requeriam a transferência do indivíduo para o Hospital Psiquiátrico Geral e, após, para a Residência Terapêutica, fundamentando seus pedidos na lei 10.216/01 e nas Portarias do Ministério da Saúde, que regulamentam os Serviços Residenciais Terapêuticos.

A argumentação utilizada era a de que pessoas com transtorno mental, institucionalizadas há longo tempo e, portanto, em situação de dependência institucional, deveriam ser reabilitadas ao convívio social e familiar e para isso fazia-se necessária a elaboração de projeto terapêutico individualizado, em Hospital Psiquiátrico Geral e, após, a inserção em Residências Terapêuticas.

Nessas ações propostas pela Defensoria não ocorria a anexação de laudos de não cessação de periculosidade ou de folha de antecedentes criminais, mas reforçava-se o direito à saúde do indivíduo e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica traçadas na lei 10.216/01.

Apesar da ação proposta ter sido julgada procedente, a vaga não foi disponibilizada em seu processo cível.

Entretanto, no processo de execução criminal de João foram identificados documentos solicitando a sua transferência para Residência Terapêutica, ao que a Secretaria Estadual de Saúde informou não possuir vagas nesses equipamentos no Município de origem.

Em 21 de setembro de 2017, o Juiz responsável pelo processo criminal de João profere um despacho e passa a realizar, em seu processo, um levantamento dos casos que se assemelham ao dele, ou seja, de indivíduos que estejam com medida de segurança extinta, mas aguardam vagas presos em HCTPs, conforme transcrito abaixo:

Como no caso do paciente, que, embora indultado, não pode ser “expulso” do HCTP de Franco da Rocha por carência de respaldo familiar e assistencial, este último recusado pelo Município de origem.

O fato é gravíssimo e reclama providência urgente!

Sem exagero, faço consignar aos Excelentíssimos Representantes do Ministério Público Federal e Estadual que deste tomarem conhecimento: a humanização dos Hospitais de Custódia do Estado de São Paulo depende sumamente do integral cumprimento, pelo Poder Executivo, da Lei Antimanicomial (art. 5º.) em vigor a partir do efetivo recebimento e

acolhimento de mais de 100 (cem) pacientes já desinternados por ordem judicial, com indicação de Residência Terapêutica ou outro serviço, mas que ainda permanecem recolhidos em Hospitais de Custódia.

Por fim, o Juízo da Vara de Execuções Criminais demonstra sua preocupação com a disponibilização das vagas, ressaltando que João está indultado, e:

permanece indevidamente recolhido no HCTP por questão humanitária, afinal, não pode o Diretor Geral da unidade simplesmente despejá-lo do portão para a rua. E o que é mais grave: 400 (quatrocentos) outros pacientes aguardam vaga em HCTP indevidamente recolhidos em unidade prisional comum.

O documento acima transcrito e elaborado pelo Juiz da Vara de Execuções Criminais da Capital, responsável pelos processos de execução criminal de medida de segurança, traz informações que são relevantes sobre as questões da aplicação e cumprimento da medida de segurança no cenário paulista: a porta de entrada continua aberta, com a internação de muitos indivíduos e os desafios para a desinstitucionalização, da mesma forma, se fazem presentes.

O despacho proferido no processo de João foi enviado ao Ministério Público Federal e Estadual e, após intervenção do Ministério Público Federal, a vaga de João foi disponibilizada e João foi transferido para uma Residência Terapêutica em 2019.

4.3.2.3. A Desinternação Condicional com prescrição de tratamento ambulatorial pela Justiça Criminal como possibilidade de transinstitucionalização

A pesquisa documental identificou o aumento dos recursos perante o Tribunal de Justiça que debatem questões relacionadas à desinternação condicional, sobretudo, as relacionadas à imposição da condição de tratamento ambulatorial.

Nos vinte e seis (26) processos de execução criminal selecionados, na 2ª. fase da pesquisa documental, em vinte (23) mencionava-se a condição de tratamento ambulatorial a ser cumprida, durante o período de desinternação, em CAPS ou no Ambulatório de Saúde Mental do Município de residência do indivíduo, sendo que o

não cumprimento dessa condição ou de qualquer outra poderia ocasionar a reinternação do indivíduo.

As decisões judiciais de desinternação condicional analisadas seguiam um padrão para a determinação das condições a serem cumpridas, conforme transcrevemos:

Posto isso, determino a DESINTERNAÇÃO CONDICIONAL do paciente, com fundamento no artigo 97, §3º., do Código Penal, e, diante do disposto no artigo 178, c/c os artigos 132 e 133, todos da Lei 7.210/84, determino o cumprimento das seguintes obrigações:

- a) Comprovar, em sessenta dias, a submissão ao tratamento indicado (acompanhamento em tratamento ambulatorial/[CAPS ou CAPSAd])
- b) Comprovar, em sessenta dias, o exercício de ocupação lícita, ou justificar a impossibilidade de fazê-lo;
- c) Comunicar ao Juízo, através do setor de fiscalização de albergados, semestralmente, suas ocupações;
- d) Não mudar de endereço sem prévia comunicação ao Juízo, e não mudar do território da Comarca sem prévia autorização judicial.

O conteúdo das decisões proferidas denota que os indivíduos desinternados devem comprovar a sua submissão ao tratamento ambulatorial, bem como o cumprimento das outras condições impostas, o que será feito com a anexação de documentos no processo de execução criminal.

Nesse sentido, entendemos que as decisões judiciais adotadas não contemplam as diretrizes da Recomendação nº 35 do Conselho Nacional de Justiça, de 20 de abril de 2010, que estabelece como diretriz o compartilhamento de responsabilidades e o estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental.

Isso porque ao pensarmos em responsabilidades compartilhadas não se poderia atribuir ao indivíduo desinternado, única e exclusivamente, a responsabilidade pelo cumprimento de seu tratamento, uma vez que deveria envolver uma rede articulada de serviços e práticas, inclusive, com participação do Poder Judiciário.

Além disso, em todos os processos analisados, não se vislumbrava a existência de Plano Terapêutico Individual, tampouco de qualquer articulação com os equipamentos extrahospitalares. Os internos ao obterem a desinternação condicional eram cientificados das condições impostas a serem cumpridas durante a desinternação, assinando, em geral, a própria guia de desinternação, o que era feito por funcionários do corpo administrativo do HCTP.

A Diretoria do Hospital de Custódia atestava a orientação dada ao interno, através de ofício encaminhado ao Juízo da Vara de Execuções Criminais e redigido, na maioria dos casos, da seguinte forma, certificando as orientações dadas por ocasião da desinternação:

Comunico a Vossa Excelência que o paciente acima qualificado saiu deste Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha/SP, em Desinternação Condicional na data de [...], em cumprimento da Guia de Desinternação nº [...], expedida pelo MM. Juiz de Direito da 5ª. Vara das Execuções Criminais do Estado de São Paulo.

O paciente passou a residir no seguinte endereço: [...].

O paciente foi orientado quanto à necessidade de submeter-se a Tratamento ambulatorial, assim como as condições impostas pelo juiz, na guia de desinternação.

Em outros processos há a anexação de documentos assinados pelos internos com as orientações dadas sobre as condições a serem cumpridas, como a que transcrevemos a seguir:

O Paciente terá que dar continuidade em seu Tratamento Ambulatorial

Comprovar o acompanhamento Médico mensalmente.

Comparecimento Mensal em juízo no fórum mais próximo de sua residência, para comprovar o acompanhamento médico do seu tratamento pelo tempo que for necessário, tem em vista a paciente será atestado mensalmente por perito oficial.

[nome do funcionário]

ASP IV = Agente de Segurança Penitenciária

Ciente: Nome do Interno

A orientação realizada por funcionários do corpo administrativo e de segurança, bem como o conteúdo dos documentos assinados pelos internos revela que não há qualquer encaminhamento prévio ou articulação com os serviços locais que recepcionarão os internos em suas cidades e, igualmente, o caráter de obrigatoriedade e de supervisão a que estarão submetidos por parte do Poder Judiciário enquanto estiveram em desinternação, o que compromete o início do tratamento ambulatorial, uma vez que o interno não o compreenderá como terapêutico, mas como punição.

Nas trajetórias a seguir apresentadas, selecionamos os processos de execução criminal em que a condição de tratamento ambulatorial foi imposta,

buscando desvelar como ocorreu, ou não, o cumprimento dessa condição, bem como ocorreram os diversos desfechos durante o cumprimento dessa condição.

A trajetória de Leonardo

Leonardo é um dos indivíduos que não teve a vaga disponibilizada em Hospital Psiquiátrico e foi colocado em liberdade, passando a cumprir a condição de tratamento ambulatorial em CAPSAd, o que se relaciona com seu histórico como “dependente químico”.

Nascido aos 16 de julho de 1961, em Olímpia, solteiro, sem filhos. Segundos os documentos processuais, seus pais se separaram quando Leonardo tinha 10 anos de idade e teria começado o uso problemático de álcool e outra drogas na adolescência. Seu pai era agressivo e considerado alcoolista.

Leonardo respondeu a diversos processos criminais, sempre cometidos no contexto familiar, sendo que em 21/06/10 foi preso em flagrante pela prática da contravenção de vias de fato contra seu irmão e mãe e obtém liberdade provisória.

Em 23/02/11 foi preso por ameaça e dano por colocar fogo na casa onde vivia com a mãe e também obtém liberdade provisória, com a imposição de medidas cautelares e é nesse processo que, posteriormente, será absolvido impropriamente e imposta medida de segurança de internação pelo prazo mínimo de 1 ano. Nesse processo, segundo o perito, o diagnóstico de Leonardo era o de transtorno mental e comportamental devido uso de álcool e drogas.

Em 09/09/11, Leonardo foi acusado de tentativa de homicídio contra namorada. Não há flagrante. Em 11/01/13 há desclassificação para contravenção de vias de fato e Leonardo é condenado a 15 dias de prisão simples.

Em 09/01/12, Leonardo foi preso por crime de ameaça contra a mãe e passou por diversos estabelecimentos prisionais: Cadeia Pública de Barretos, CDP Taiúva, Penitenciária de Pirajuí, Penitenciária de Avaré II e PIII de Franco.

Em 2014 foi transferido para o HCTP II de Franco da Rocha, para cumprimento da desinternação progressiva, com direito a “visitas terapêuticas”, mas os funcionários do local receberam uma carta de sua mãe, com relatos de que ele havia bebido e a ameaçado na última visita.

Em Relatório elaborado pela Diretora Técnica do HCTP II de Franco da Rocha, datado de 16 de janeiro de 2015, consta que Leonardo foi removido para o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Dr Arnaldo Amado Ferreira de Taubaté, em 08/01/15, devido a “comportamento inadequado”.

Leonardo, assim como outros internos, teve procedimento disciplinar instaurado e essa informação passa a constar em seu Boletim Informativo.

Assim, Leonardo é transferido para o HCTP de Taubaté, local onde permaneceu internado de 08/01/15 a 02/07/15. Antes de sua transferência foi elaborado laudo de cessação de periculosidade que mencionava, apenas, o comportamento inadequado de Leonardo.

Em 2015, Leonardo obtém o laudo de cessação de periculosidade, com a seguinte avaliação final consensual:

Interno de 33 anos, solteiro, ajudante geral, reincidente, boa postura pessoal, pensamento organizado, lateração da senso-percepção, afetividade consistente. Início de uso de álcool e drogas aos 15 anos de idade. Denota reformulação de preceitos éticos, apresenta planos viáveis. Bom comportamento, juízo crítico presente. É solteiro, sem filhos, constituição familiar monoparental. Pai rompeu os vínculos quando o interno estava com 10 anos de idade, pai tinha atitudes irresponsáveis, não representando nenhuma referência de afeto e proteção. Quando estava com 15 anos sua mãe refez a vida afetiva, o padrasto passou a suprir a ausência do pai. Coursou até a 7ª. Série do Ensino Fundamental. Aos 12 anos iniciou a vida produtiva realizando atividades braçais. Aos 15 anos iniciou o consumo de drogas e elabora crítica sobre sua dependência química, traz a questão familiar e reconhece que fica agressivo sob o efeito de entorpecente. De forma geral, arrepende-se de suas ações pregressas, inclusive do último envolvimento afetivo que lhe trouxe prejuízos pessoais intensos. Vem empenhando-se em fazer uma auto-avaliação, reconhecendo processos negativos, com propostas de buscar acertos para a sua vida futura, não se trata de pessoa afinada com padrões criminosos. Na Unidade tem ótimo comportamento carcerário, não traz problemas de nenhuma ordem, seu comportamento é sem oscilações, mantendo uma postura humilde e respeitosa. Um dos integrantes da equipe colocou a questão do curto período de permanência na Unidade, mas diante de toda uma conjunção de indicativos positivos, tal fator não se tornou fato impeditivo para que a Equipe, SMJ, fosse favorável a desinternação do interno com a indicação de continuidade de tratamento em CAPS-AD. Periculosidade Cessada.

No caso de Leonardo, o ótimo comportamento carcerário, com uma postura “humilde e respeitosa”, o arrependimento pelo “passado delituoso”, com o exercício de uma “auto-avaliação” são os aspectos considerados para a conclusão da cessação da periculosidade.

A indicação para “continuidade do tratamento em CAPSAD”, nesse caso, parece estar atrelada ao diagnóstico de “ dependência química” de Leonardo e a decisão de desinternação condicional acata a sugestão do laudo de que ele deve submeter-se à condição de tratamento ambulatorial nesse equipamento.

Assim, desde 2015, Leonardo cumpre as condições impostas e está em tratamento ambulatorial no Ambulatório de Saúde Mental de sua cidade de origem.

Seu comparecimento a Juízo deve ser semestral e, assim, semestralmente são anexados relatórios médicos em seu processo.

O último relatório médico do CAPS, datado de 23/04/18, atestava:

Apresenta-se calmo, colaborativo com a entrevista, orientado em tempo e espaço, discurso organizado em sua forma, curso e conteúdo, sem alterações da sensopercepção e humor eutímico. Nega qualquer queixa, diz manter abstinente das substâncias psicoativas ilícitas. Não foi prescrito medicamentos psicoterápicos.

Considerando-se, por hipótese, que a periculosidade pudesse ser aferida, apesar do Relatório elaborado pelo CAPS e do decurso do prazo de um ano sem a prática de fato indicativo de periculosidade, o Ministério Público requereu a realização de novo laudo de cessação de periculosidade, em 2017, o que foi deferido pelo juiz, elaborando-se um novo laudo, redigido da seguinte forma:

O réu apresenta critérios para dependência de múltiplas drogas e traços de personalidade agressiva. Levando em consideração a sua história clínica pregressa, a natureza de seu transtorno, e sua situação clínica atual, consideramos que houve diminuição da periculosidade. Recomendamos o tratamento ambulatorial com psiquiatra e psicóloga por período mínimo de 2 anos, como tratamento de manutenção.

Diante do laudo que não atestou a cessação da periculosidade e ainda prescreveu a realização de tratamento ambulatorial pelo prazo mínimo de 2 anos, em 16 de abril de 2018, teve a prorrogação de sua medida de segurança, com base no artigo 97, §2º. , do Código Penal, nos seguintes termos:

1. Fls. 210/211(Laudo Psiquiátrico) 213 (manifestação do MP): Ciente
2. Considerando que o laudo pericial de fls. 210/211 teve como parecer a não cessação da periculosidade no paciente Leonardo, prorrogo nos termos do artigo 97, §2º, do Código Penal, o tratamento ambulatorial.
3. Oficie-se ao Centro de Saúde local, informando da continuidade do tratamento, bem como, que os laudos deverão ser encaminhados a este juízo a cada consulta realizada.
4. Após o período de um ano, providencie nova avaliação.
5. Sirva-se desta decisão por cópia digitada como MANDADO e OFÍCIO.

A decisão proferida no processo de Leonardo permite desvelar dois aspectos relevantes: a inexistência de nomeação de defensor para atuar nos interesses de Leonardo durante a fase da execução criminal, a partir do momento de que seu processo passou a tramitar na Comarca do Interior, o que se mostrou comum em processos dessas Comarcas, e a decisão de “prorrogar o tratamento ambulatorial”, com base no artigo 97, §2º., do Código Penal, que estabelece:

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

O artigo acima transcrito refere-se ao período de cumprimento da medida de segurança, seja na modalidade de internação ou tratamento ambulatorial, enquanto o indivíduo está submetido ao prazo mínimo fixado na sentença que o absolveu impropriamente e até que obtenha o laudo de cessação de periculosidade e seja desinternado condicionalmente.

Uma vez que o indivíduo seja desinternado condicionalmente, conforme já mencionado, há um prazo fixado por lei, que é de um ano, conforme estabelecido pelo artigo 97, §3º., do Código Penal.

Inclusive, por uma questão de interpretação topográfica, não se pode aplicar o artigo 97, §2º., CP à desinternação condicional, que passa a ser regulada pelo legislador a partir do parágrafo 3º do mesmo artigo.

Dessa forma, a interpretação dada pelo juiz é a de que Leonardo estava em cumprimento de uma medida de segurança de tratamento ambulatorial e não em cumprimento de uma condição imposta durante a desinternação, o que, por óbvio, lhe desfavorece e lhe impõe uma nova medida de segurança por tempo indeterminado, pois, novamente, deverá obter novo laudo de cessação de periculosidade.

A trajetória de Saul

Saul, assim como Leonardo, também não teve sua vaga disponibilizada em Hospital Psiquiátrico e foi colocado em liberdade para cumprimento da condição de tratamento ambulatorial em CAPSAd, diante de seu diagnóstico de “dependência de múltiplas drogas”.

Nascido aos 18/03/1989, em Mogi Mirim, São Paulo, Saul foi preso pelo delito de tráfico de drogas, em 2011, pois, segundo a denúncia formulada pelo Ministério Público, portava para fins de tráfico, um cigarro de maconha, um papelote de cocaína e três papelotes de crack.

Em seu Interrogatório Judicial, Saul narra que possuía a droga para consumo próprio, pois era “viciado desde os meus 12 anos” e já havia sido internado várias vezes, com o Bispo[...], nas clínicas[...]. Saul narra que vivia nas ruas e catava papelão e olhava carros.

Segundo relatos de sua genitora, o pai de Saul foi assassinado. Ela era catadora de papelão e Saul foi colocado para fora de casa, devido ao uso de substância ilícitas, que poderiam “trazer problemas para ela”.

Saul já respondia a outros processos por furto e tráfico e já havia cumprido pena em outros estabelecimentos prisionais paulistas, entre 2007 a 2009, como no Centro de Detenção Provisória (CDP) de Piracicaba e Penitenciária de Araraquara.

Preso em 2011, Saul passou pelo CDP de Campinas, PIII de Franco da Rocha e HCTP I de Franco, sendo transferido por “comportamento inadequado” para o HCTP de Taubaté, pois tinha a “posse de material para fabricação de bebida fermentada”. Anteriormente, Saul já registrava em seu prontuário disciplinar o registro de uma falta grave por “incitação ao tumulto” .

Em junho de 2016, Saul ingressa no HCTP de Taubaté e em março de 2017, obtém laudo favorável de cessação de periculosidade, nos seguintes termos:

Interno com 28 anos de idade, solteiro, sem filhos. Com boa postura interpessoal, é orientado, lúcido e afetividade consistente. Com diagnóstico psiquiátrico de drogadição não faz uso de psicotrópicos. Pai dependente químico faleceu durante a infância do interno e os relatos que tem sobre o mesmo são de agressividade. Após o falecimento do pai, e diante das dificuldades financeiras, a mãe o deixou sob os cuidados da avó paterna, onde permaneceu até os 10 anos de idade, e os outros dois irmãos com outros familiares, posteriormente conseguiu reestabelecer o convívio com os filhos. Inserido na instituição escolar em idade normal, frequentou até o 5º. Ano do ensino fundamental abandonou por se já encontrar envolvido com as drogas; iniciou com maconha aos onze anos e aos quatorze aderiu ao crack. Vida laboral aos treze anos como ajudante geral e na sequência na lavoura de laranja, sem registro em CTPS, sem benefício previdenciário ou assistencial. Refere a três internações em clínicas de recuperação e uma passagem aos quinze anos pela extinta FEBEM por uso de drogas. Interno relata que um irmão está preso e uma irmã é dependente química, que os vínculos com a mãe encontram-se por ora cordiais com consciência dos malefícios das drogas; vem desenvolvendo processo reflexivo, com elaboração de juízo crítico. Neste HCTP, tem bom comportamento, trabalha na fábrica VARAL, não recebe visitas, não tem apoio extramuros, porém tem

condições de se autogerir e irá buscar apoio em uma igreja evangélica que já o acolhera anteriormente. A Equipe, SMJ, considera sua periculosidade cessada, observando que o interno vem apresentando evolução pessoal, amadurecimento, denotando todas as condições para receber desinternação condicional, não havendo, portanto motivação para que permaneça em regime de internação. Indicação do suporte do acompanhamento oferecido em CAPS/AD.

A análise do laudo de cessação de periculosidade de Saul, assim como no caso de Leonardo, desvela que o comportamento carcerário, a ideia de que exerce auto-crítica sobre a “doença” (os “malefícios” das drogas), o que demonstraria evolução pessoal e amadurecimento, seriam os aspectos indicadores para a cessação de periculosidade.

Saul vivia nas ruas quando foi internado e o laudo indica que buscará suporte em uma instituição religiosa, não se realizando qualquer articulação com a rede de apoio.

Após a obtenção do laudo de cessação de periculosidade, Saul é desinternado, com a imposição da condição de tratamento ambulatorial em CAPSAd, em abril de 2017, seguindo-se a sugestão do laudo de cessação de periculosidade.

Em dezembro de 2017, Relatório do CAPSAd da cidade de X afirmou que:

Saul (...) reside na comunidade X onde foi acolhido e considera-se em tratamento. Após atendimento de retomada de tratamento neste setor, paciente foi encaminhado para acompanhamento em grupo terapêutico semanal com início em 06 de dezembro de 2017 e aguarda avaliação médica, no entanto, não compareceu. No momento aguardamos adesão.

O Relatório emitido pelo CAPS, da forma como foi redigido, ao mencionar que Saul “considera-se em tratamento” parece desvelar, apesar da não adesão ao tratamento até aquele momento, as tensões que podem surgir na elaboração de relatórios para serem enviados ao Juízo, uma vez que podem ser determinantes em relação ao destino do “louco infrator”.

A questão presente é a de como os profissionais do CAPS elaboram relatórios para cumprirem requisições judiciais, uma vez que, nesse sentido, tais relatórios apresentariam aspectos fiscalizatórios sobre o cumprimento do tratamento ambulatorial e não aspectos relacionados aos cuidados em saúde?

Diante do relatório elaborado pelo CAPS, o juiz determinou a expedição de mandado de intimação para que Saul comprovasse o início do cumprimento do tratamento ambulatorial. Em 05 de janeiro de 2018, o Oficial de Justiça cumpriu o mandado e certificou que, segundo a mãe, Saul estava morando nas ruas.

Portanto, o caso de Saul é representativo de muitos casos de indivíduos desinternados, cuja situação de vulnerabilidade social perpassa pelo debate da importância das discussões sobre aderência ao tratamento e do “Programa de Volta para Casa”, como estratégia de desinstitucionalização.

A Trajetória de Silas

Silas, nascido aos 17/06/1959, em São Paulo. Divorciado, morava com os três filhos na cidade de Mairiporã, quando foi preso em flagrante no dia 18 de novembro de 2003 pela prática do delito de tráfico de drogas.

Foi condenado a uma pena de 4 anos e 2 meses e ficou preso pelo período de 18/11/2003 a 10/01/2007.

Em 12/04/2010 foi preso novamente em flagrante pelo delito de tráfico de drogas na cidade de Mairiporã e do Distrito Policial da cidade foi transferido para a Penitenciária III de Franco da Rocha e, após, foi transferido para o HCTP de Taubaté.

Em dezembro de 2011, o laudo atesta a cessação de periculosidade, consignando que:

Em relação ao delito que lhe foi imputado, assume o uso de drogas, “mas nega o tráfico”(sic).

Perspectivas para o futuro: “Alega que prefere ganhar menos e viver de modo mais simples nas ruas do que recluso”(sic), trabalhar como ourives (ofício que desempenha bem) ou mesmo de pedreiro.

Nesta Unidade recebe visitas quinzenais dos filhos e se correspondem, se relaciona bem com a ex-esposa e desinternado irá residir no imóvel próprio (casa onde mora a mesma e os filhos do casal), num cômodo separado, localizado à Rua [...], Bairro [...], Cidade [...], CEP [...] e fone[...]

O conteúdo do laudo existente no processo de Silas desvela alguns dos aspectos considerados como indicativos da cessação da periculosidade, como já mencionado: arrependimento pelo delito praticado e a existência de respaldo familiar, o que assinalado, inclusive, com a indicação do endereço pormenorizado em que Silas irá residir, caso desinternado.

Além disso, no caso de Silas, há destaque sobre a possibilidade de suas “perspectivas para o futuro”, o que está atrelado ao fato dele apresentar formas que, segundo seu observador, seria considerado uma forma de trabalho honesto.

O Juízo de 1º. Grau indeferiu a desinternação condicional, diante do curto prazo de permanência no HCTP de Taubaté e a decisão foi reformada pelo Tribunal

de Justiça do Estado de São Paulo, diante do laudo que atestava a cessação da periculosidade.

Silas está desinternado desde 2012 e em tratamento no CAPSAd de sua cidade de origem. Durante todo esse período, Silas junta atestados do médico psiquiatra, mês a mês, comprovando que comparece às consultas agendadas.

Em 28 de maio de 2018, Silas recebeu alta, nos seguintes termos:

Silas esteve em acompanhamento neste serviço em Saúde Mental (CAPS AD), desde 28/11/12 até o presente. Atualmente encontra-se estável, sendo encaminhado para seguimento com clínico geral em seu ESF de referência, com apoio matricial psiquiátrico se necessário, recebendo alta do CAPS AD no momento.

Em 10 de julho de 2018, o Ministério Público requereu que Silas fosse submetido a exame de cessação de periculosidade, sem que exista qualquer manifestação da Defesa.

Apesar da juntada de atestado médico dando alta médica, após quase 6 anos de realização de tratamento ambulatorial, é requerida a realização de exame de verificação de periculosidade, o que sugere o entendimento de que Silas, assim como no caso de Leonardo, cumpria uma medida de segurança de tratamento ambulatorial e não uma condição de tratamento ambulatorial.

A Trajetória de Marta

Marta, nascida aos 26/06/1961, em São Sebastião, São Paulo. Foi casada e teve três filhos. Foi presa no dia 25/09/07, pois teria cometido o crime de sequestro ou cárcere privado, ao adentrar em um ônibus com duas facas, fazendo o motorista dirigir pelas ruas da cidade, não permitindo que os passageiros saíssem do coletivo. Esse foi o único crime cometido por Marta.

Marta foi declarada inimputável e absolvida impropriamente, diante do diagnóstico de transtorno bipolar afetivo, sendo-lhe imposta medida de segurança de internação pelo período mínimo de 1(um) ano.

Marta permaneceu presa por dois anos na Cadeia Pública de Caçapava, entre 2007 a 2009, sendo transferida para os HCTP I de Franco da Rocha e, posteriormente, para o HCTP II, em desinternação progressiva.

Em 2010, seu exame de verificação de periculosidade atestou que:

Não há ocorrência registrada no período em que se encontra nesta unidade, já tendo feito 6 visitas domiciliares, ficando na casa dos pais. Sintomatologia e impulsividade sob controle com 6 visitas domiciliares sem intercorrência e trabalho produtivo fora da unidade. Evidencia mudanças importantes e positivas nos valores sociais, familiares e pessoais. Medicando-se com fluoxetina 20 mg, nitrazepna 5 mg, neuteptil 15 mg, ao dia. Diante dos elementos consignados, em concordância com entendimento da equipe psicossocial, podemos considerar a periculosidade como cessada com sugestão de desinternação condicional e manutenção do tratamento ambulatorial.

O conteúdo do laudo de Marta, assim como no caso de Silas, parece considerar como aspectos indicativos para a cessação da periculosidade a questão da possibilidade de exercer “trabalho produtivo” fora da Unidade e as visitas realizadas na casa dos pais, que ocorreram “sem intercorrências”.

Marta passará a residir com seus pais e procurará o CAPS de sua cidade de residência, realizando o tratamento ambulatorial, que pela documentação anexada parece ser apenas medicamentoso, comprovando em Juízo todas as condições impostas, inclusive, a de ter ocupação lícita, pois trabalha como doméstica em uma residência.

Em 2012 foi submetida a novo laudo de cessação de periculosidade, que atestou que sua doença não tem cura e ela deveria permanecer em tratamento ambulatorial.

Nessa oportunidade, a decisão foi a de “manutenção do tratamento ambulatorial”, nos seguintes termos:

O parecer psiquiátrico esclarece que a sentenciada necessita de tratamento ininterrupto e, apesar de ter assimilado as medidas de prevenção e repressão do crime com o tratamento a que foi submetida, apresenta sinais de periculosidade em sua personalidade. Posto isso, mantenho a sentenciada em tratamento ambulatorial.

Em 2015, Marta muda de cidade e passa a realizar tratamento ambulatorial no CAPS II da nova cidade e continua a anexar todos os documentos comprobatórios em seu processo, inclusive, os documentos médicos, que sempre mencionam os medicamentos que Marta faz uso.

Em 2017, novo laudo de cessação de periculosidade é realizado no IMESC, em São Paulo, e a conclusão é a de que a periculosidade está cessada.

Apesar disso, a decisão proferida, em abril de 2017, determinou a liberação condicional de Marta, com a imposição da condição de tratamento ambulatorial:

Ante à conclusão da perícia no sentido de que cessou a periculosidade da sentenciada, libero-a condicionalmente da medida de segurança, nos termos do artigo 97, §3º. Do Código Penal, mediante condição de submeter-se, no período, a tratamento ambulatorial.

Intime-se a sentenciada de que deverá continuar se submetendo a tratamento ambulatorial em hospital público ou particular durante um ano, devendo comprovar mensalmente o tratamento.

A medida de segurança será restabelecida se, no prazo de um ano, a sentenciada praticar qualquer fato indicativo da existência de periculosidade.

A decisão proferida, mais uma vez, sem manifestação da Defesa confirma que se confunde a condição de tratamento ambulatorial imposta durante a desinternação condicional com a medida de segurança de tratamento ambulatorial.

Marta só poderia ser submetida à chamada liberação condicional, após a cessação de periculosidade, se estivesse cumprindo a medida de segurança de tratamento ambulatorial, o que não era o caso.

Buscando sintetizar esse conjunto de trajetórias processuais e a análise da 3ª. parte da pesquisa documental, podemos tecer as seguintes considerações, que permitem observar o conjunto de práticas existentes no interior do HCTPS e no campo processual, que se constituem como reveladoras de violações a direitos fundamentais das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e limitadoras do processo de um possível processo de transinstitucionalização, com vistas à desinstitucionalização.

A instauração do procedimento administrativo disciplinar para apuração de falta grave é procedimento institucional e processual comum nos HCTPs paulistas, o que está em desacordo com o artigo 50, *caput*, da Lei de Execuções Penais, que estabelece que tal procedimento só pode ser aplicado a condenados à pena privativa de liberdade, ou seja, incabível sua aplicação a indivíduos que cumprem medida de segurança, diante do princípio da legalidade, previsto no artigo 5º, XXXIX da Constituição Federal e artigo 1º., do Código Penal.

A aplicação desse procedimento disciplinar gera anotações nos prontuários e Boletins Informativos¹⁴ dos Internos e, portanto, fará com que ele seja considerado com “péssimo” comportamento carcerário e, além disso, gerará a sua “regressão” de regime, uma vez que na dinâmica dos HCTPs paulistas existe a ideia de progressividade de regime, onde o HCTP II de Franco da Rocha representa o

¹⁴Documento que atesta o comportamento carcerário do interno, contendo todas as suas informações carcerárias”.

regime semiaberto e o HCTP de Taubaté representa o local para envio dos internos mais indisciplinados, como uma espécie de Hospital de castigo.

As trajetórias de Leonardo e Saul são exemplificadoras dessa prática penitenciária e jurídica no âmbito dos HCTPs paulista e na execução das medidas de segurança de internação em São Paulo.

Os laudos de verificação de periculosidade são elaborados segundo o procedimento previsto na LEP para a confecção do Exame Criminológico, realizado por uma equipe multidisciplinar para imputáveis, somente em alguns casos.

No HCTP de Taubaté elabora-se um único laudo dividido em avaliação jurídica, avaliação social, avaliação médica e avaliação do setor de segurança, anexando-se o Boletim Informativo, atestando o comportamento carcerário do interno. Há um parecer único e o laudo é assinado por todos os membros da equipe.

Nos HCTPS de Franco da Rocha são redigidos relatórios por cada profissional dos diversos setores, separadamente: psicólogo, assistente social, setor educacional e setor jurídico, e há o laudo psiquiátrico, sendo que, ao final, cada um desses profissionais elabora um parecer, que pode ser discordante. Esse conjunto de documentos é enviado ao Juiz da Vara de Execução Criminal com um ofício assinado pelo Diretor Técnico do HCTP, que sempre afirma concordar com o resultado da de cessação, ou não, da periculosidade, conforme laudo psiquiátrico.

Para a confecção dos exames de verificação de periculosidade, as informações são colhidas em entrevistas com familiares, quando possível, entrevistas realizadas com os internos, consultas a prontuários e as cópias dos processos criminais, que motivaram a internação.

A análise do conteúdo dos laudos de verificação de periculosidade revelam três aspectos, que consideramos fundamentais: a realização de julgamentos morais sobre os internos, o passado dos internos, por seus antecedentes familiares ou pessoais, aspectos esses que representam uma espécie de eterna condenação e a necessidade de adequação às normas institucionais, o que significa tomar a medicação, aceitar a sua condição como “doente”, mostrar-se arrependido pelo crime, não realizar nenhum tipo de conduta que seja considerada como “contestação” a funcionários.

A apuração de faltas graves, o aval de funcionários administrativos para a cessação da periculosidade, a formalização do parecer do setor de segurança nos

laudos de cessação e anexação do Boletim Informativo constituem um conjunto de práticas e procedimentos, que são típicas do sistema penitenciário e estão sendo incorporadas ao cumprimento da medida da segurança, explicitando o seu caráter meramente punitivo e disciplinar, ampliando a noção de periculosidade e traduzindo-se “em práticas de repressão, controle e disciplinarização das parcelas mais pobres da população”, conforme afirmado por RAUTER (2003, p. 87).

As decisões judiciais que determinam a desinternação condicional são padronizadas e estabelecem as condições previstas na LEP, que são as mesmas para a concessão do benefício da liberdade condicional, no caso de aplicação de pena: comprovar ocupação lícita, ou justificar a impossibilidade de fazê-lo; comunicar ao Juízo as suas ocupações e não mudar de endereço sem prévia comunicação e autorização judicial.

Em relação à condição de tratamento ambulatorial, as decisões judiciais seguem a indicação realizada ao final do laudo de cessação de periculosidade, indicando o local de tratamento ambulatorial, como prescrição médica, o que podemos observar nos laudos transcritos nas trajetórias de Leonardo e Saul

O interno fica ciente das condições que terá que cumprir no momento em que é desinternado do HCTP, recebendo as “instruções” de funcionários do corpo administrativo ou de segurança, ou seja, não há encaminhamento ao serviço de saúde ou qualquer articulação com a Rede de Atenção Psicossocial.

Nesse sentido, poderíamos realizar um paralelo com a chamada “audiência admonitória” existente para os imputáveis, quando recebem o benefício do livramento condicional, momento processual em que são advertidos das condições que devem cumprir em liberdade. Aos inimputáveis, inaugura-se uma “audiência admonitória” realizada no HCTP, no momento da desinternação.

Dessa forma, a desinternação condicional tem sido operada como a liberdade condicional, mas com a imposição de uma condição “extra”, não prevista em lei, que é a de tratamento ambulatorial, o que possibilita a continuidade do controle jurisdicional sobre o indivíduo e, portanto, uma possibilidade a mais para o retorno ao HCTP.

As Ações de Internação Compulsória com Interdição foram propostas em desfavor de um grupo específico de internos que, além de não terem o laudo de cessação de periculosidade, eram indivíduos com histórico de longos períodos de

internação, com diagnóstico de esquizofrenia e de cometimento de crimes considerados graves contra familiares, ainda que não tivessem sido os crimes que motivaram a internação.

As petições iniciais dessas ações foram fundamentadas nos laudos de cessação de periculosidade, que descrevendo indivíduos “perigosos” ao convívio social e com seus diagnósticos incapacitantes, justificavam a internação compulsória e a interdição de indivíduos com medida de segurança extintas, anexando-se documentos dos processos criminais, como a folha de antecedentes criminais.

As liminares foram concedidas e as ações, ao final, foram julgadas procedentes, estabelecendo-se a tutela cível sobre os indivíduos, que passaria a representar, assim como a tutela penal, restrição ao direito de liberdade, apresentando-se como limite à transinstitucionalização, com vistas à desinstitucionalização, uma vez que os Hospitais Psiquiátricos iniciaram ações visando a transferência para equipamentos extrahospitalares, o que não se concretizou devido à tutela jurisdicional, como vislumbrado nas trajetórias de Jairo, Milton e Vilmar.

A trajetória de Vilmar revela que, por decisão da Justiça Cível e do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, prevaleceu o entendimento do Poder Judiciário de que o HCTP, estabelecimento prisional, pode ser o local de permanência de um indivíduo ainda que não esteja cumprindo pena ou medida de segurança, o que viola frontalmente a Constituição Federal.

A trajetória de Jairo é representativa das recusas ocorridas no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde para a disponibilização de vagas a internos dos HCTPs, pois foi recusado por um estabelecimento por sua “periculosidade”, embora tenha sido acolhido por outro hospital.

Os relatórios psicossociais elaborados a respeito de Jairo, assim como o que ocorreu no caso de Mario, não fazem referência à prática dos crimes cometidos por eles. Nessa perspectiva, suas trajetórias podem ser reveladoras da possibilidade que o acolhimento em saúde possa representar a superação do estigma da periculosidade.

A transinstitucionalização, nesses casos, poderia ser representada pela transferência desses sujeitos dos HCTPs, estabelecimentos prisionais, para Hospitais Psiquiátricos, estabelecimentos de saúde que, diante da documentação anexada aos

processos, iniciaram ações visando a desinstitucionalização. Entretanto, nos casos de Mario e Jairo havia a necessidade de autorização judicial para estarem em meio aberto, o que foi aspecto limitador desse processo.

A trajetória de Ailton é representativa da importância da atuação da Defensoria Pública nos Tribunais Superiores, pois somente em seu caso observamos recursos até essas instâncias. Ailton obteve sua liberdade, após a concessão de Habeas Corpus pelo STF, passando a ser atendido pelo CAPS de sua cidade natal.

Os relatórios psicossociais elaborados pelo CAPS relatam que Ailton, aos 81 anos, após 16 anos de internação no HCTP, teve seu benefício assistencial ativado e circula pelo bairro da cidade, realizando atividades que gosta, como ir ao barbeiro, revelando-nos a possibilidade de sua reinserção social, inclusive, com o estabelecimento de relações contratuais em sua comunidade.

Em seu caso, a transinstitucionalização parece ser indicadora da possibilidade do acolhimento na rede substitutiva e da importância das estratégias de desinstitucionalização, como o benefício do “Programa de Volta para Casa”, para a reinserção social dos indivíduos.

A trajetória de João com a Ação proposta pela Defensoria Pública pleiteando vaga em Hospital Psiquiátrico e sua posterior transferência para Residência Terapêutica é, igualmente, reveladora da dificuldade de acesso às Residências Terapêuticas, pois João permaneceu no HCTP por dois anos até que fosse transferido para o serviço residencial terapêutico, o que ocorreu somente com a intervenção do Ministério Público Federal.

A referida trajetória precisa ser problematizada no processo de desinstitucionalização que está em curso no Estado de São Paulo, desde os anos 2000, com fechamento de leitos em Hospitais Psiquiátricos, que não foi acompanhado pelo fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, sobretudo, pelo aumento das Residências Terapêuticas, que representam a principal estratégia de desinstitucionalização para pacientes longamente institucionalizados.

Um dos documentos existentes no processo de João, e elaborado pelo Juízo da Vara de Execução Criminal da Capital, em 2017, há a informação de que existiam à época 100(cem) indivíduos desinternados, mas que permaneciam nos HCTPs, aguardando vagas em Hospitais Psiquiátricos ou Residências Terapêuticas, o que reitera importância da discussão sobre o acesso dos internos aos Hospitais do

SUS e aos equipamentos da rede.

A permanência desses indivíduos nos HCTPs implica a problematização do papel e atuação do Ministério Público e da Defensoria Pública na defesa do “louco infrator”, na deficiência ou falta de políticas públicas estaduais e municipais relacionadas à saúde mental, que impactam diretamente no processo de desinstitucionalização, além da flagrante ilegalidade.

As ações de Internação Compulsória com Interdição propostas pelo Ministério Público Estadual reforçam a sua atuação, apenas, como titulares da ação penal, uma vez que continuam a propor ações fundadas na periculosidade dos indivíduos, reforçando os discursos positivistas do século XIX e os midiáticos do século XXI, esquecendo a sua função institucional de proteção dos interesses difusos e coletivos, nos termos do artigo 129, da Constituição Federal.

Nesse sentido, como já pontuamos, observamos que, em 2014, ocorreu a instauração de Inquérito Civil contra as Secretarias de Saúde e Administração Penitenciária do Estado, por parte do Ministério Público Estadual. Entretanto, a vaga de João só foi disponibilizada por intervenção do Ministério Público Federal. Essa questão implica problematizar a atuação constante e em conjunto das instituições, pautadas na defesa dos interesses difusos e coletivos (como a saúde e a defesa das pessoas com transtorno mental).

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo, diante de sua função de Assistência Jurídica aos mais necessitados, com a permanência ilegal de indivíduos encarcerados em diferentes estabelecimentos prisionais, com a ausência na nomeação de defensores e com a ausência de recursos para Tribunais Superiores, como os interpostos no caso de Ailton, que possibilitaram sua liberdade perante o STF necessita, igualmente, rever seus procedimentos institucionais, assim como fortalecer as parcerias interinstitucionais, como por exemplo, com a Ordem dos Advogados do Brasil.

Além disso, o documento elaborado pelo Juízo da Vara de Execuções Criminais da Capital menciona a existência de 400 (quatrocentos) indivíduos, que aguardavam vagas em HCTP indevidamente recolhidos em unidade prisional comum, o que nos traz abre a questão sobre como se opera a gestão carcerária no Estado de São Paulo, com a ampliação das alas psiquiátricas, como locais de entrada de internos à espera de vagas nos HCTPs, que, por sua vez, continuam com suas “portas

fechadas”, gerando uma crise a ser administrada, diante da falta de vagas.

Os indivíduos que são desinternados são indivíduos que, em geral, segundo nossa pesquisa documental, representam um grupo com um número maior de indivíduos diagnosticados com uso problemático de álcool e outras drogas, histórico de vulnerabilidade social e, em geral, com menor tempo de internação, se comparados aos indivíduos das Ações Cíveis.

O tempo de desinternação condicional, nos casos de Leonardo, Marta e Silas, ultrapassava o período de um ano determinado pelo artigo 97, §3º., do Código Penal, o que transformaria, em tese, a condição de tratamento ambulatorial em nova espécie de medida de segurança com prazo indeterminado, uma vez que submetidos a novos laudos de cessação de periculosidade exigidos nesse período.

Os casos de Leonardo, Silas, Marta e Saul são exemplificadores da falta de nomeação de Defensores para atuar em prol de sujeitos desinternados em processos de execução da medida de segurança, em Comarcas do Interior Paulista.

A trajetória de Leonardo revela, ainda, que os juízes, ao prorrogarem o período de desinternação condicional, proferem decisões baseadas, apenas em artigos legais, sem qualquer outra fundamentação.

As trajetórias de Silas e Marta são consideradas paradigmáticas, Silas obteve a alta pelo CAPS, a despeito disso o Juízo determinou a realização de exame de verificação de periculosidade. Marta, apesar da constatação da periculosidade, diante do laudo psiquiátrico que afirmava que sua doença não tinha cura, continuou em tratamento ambulatorial, diante de uma decisão judicial proferida nos seguintes termos: “sinais de periculosidade em sua personalidade”, o que justificaria o caráter terapêutico da continuidade da medida de segurança.

No caso de Marta, a decisão judicial se contrapõe ao próprio laudo psiquiátrico que atesta a cessação da periculosidade, passando a definir a periculosidade por critérios jurídicos próprios, atrelados à natureza de Marta. No caso de Silas, revela-se, mais uma vez que a condição de tratamento ambulatorial não tem qualquer finalidade terapêutica, tratando-se de mera retórica jurídica. Afinal, se a medida fosse terapêutica, a alta dada pelo CAPS deveria ser considerada suficiente para a extinção da medida de segurança. Apesar disso, exige-se a elaboração de exame de cessação de periculosidade, pois o que está em julgamento é o perigo que ele representa para a sociedade.

A trajetória de Saul, reveladora de seu contexto de vulnerabilidade econômica e social, traz, por um lado o documento elaborado pelo CAPS, que o considera “em tratamento”. Apesar disso, ele é intimado para comprovar o início desse tratamento e não é encontrado pelo Oficial de Justiça, pois, segundo sua mãe, já estaria vivendo nas ruas. Assim, seguindo a lógica aplicada pelo Poder Judiciário, Saul poderá voltar a ser reinternado, ingressando em um círculo vicioso de sucessivas internações e desinternações, a que denominamos de “porta giratória”.

Vale observar que a “porta giratória”, assim com as internações compulsórias, representam dinâmicas jurídicas, que inscrevem o “louco infrator” em teias das diferentes esferas da Justiça, dificultando possibilidades de que a transinstitucionalização seja operada como via para a desinstitucionalização por colocar barreiras ao diálogo entre Justiça e Saúde, mantendo as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei como internos desprovidos do direito a ter direitos, como afirmado por Hannah Arendt¹⁵, impedindo-os de exercerem sua cidadania.

4.3.3. A Pesquisa Documental em Síntese: o “Louco Infrator” na perspectiva do Estado Penal

Para WACQUANT (2001), o final do século XX foi marcado pela substituição do “Estado-providência” ou Estado caritativo, uma vez que “os programas voltados para as populações vulneráveis foram sempre limitados, fragmentários e isolados do resto das atividades estatais”, para o Estado Penal, caracterizado, sobretudo, pela utilização de uma política de contenção repressiva e punitiva dos pobres, que “faz as vezes de política social” (WACQUANT, 2001, p. 19).

Com discípulo de Bourdieu, WACQUANT (2008) explicita:

a “mão esquerda” do Estado, simbolizada pelos sistemas públicos de educação, saúde, seguridade e habitação vem sendo substituída por regulações a partir, de sua mão direita, ou seja, a polícia e o sistema prisional, que estão se tornando cada vez mais ativos e intrusivos nas zonas inferiores do espaço social (WACQUANT, 2008, p. 95).

¹⁵ ARENDT, HANNAH. A condição humana. 10. ed. Tradução Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária: 2007.

WACQUANT(1999;2001;2008), a partir da análise inicial norte-americana, faz críticas às políticas criminais do Neoliberalismo, defendendo o que denomina de “nova gestão da miséria”, realizada pelas prisões, diante da diminuição das políticas sociais.

O fato característico do fim do século XX é o encarceramento em massa, fruto das políticas de “lei e ordem” e da “guerra às drogas”, instituídas nos EUA, a partir do governo Reagan e importadas por países latino americanos. Nesses países, como é o caso do Brasil e da Argentina, as consequências serão ainda mais devastadoras, segundo Wacquant, pois as recentes experiências autoritárias não permitiram a sedimentação de ideais democráticos e a “aplicação das penalidades neoliberais significa, na verdade, o reestabelecimento da ditadura sobre os pobres” (WACQUANT, 2008, p. 100).

O Estado Penal na América Latina é uma realidade presente, como verificamos nas seguintes considerações:

O Estado Penal também serviu para legitimar os sistemas políticos latino-americanos, pois os governos, em realidade débeis diante das forças do mercado, mostram-se fortes e enfrentam medos e ansiedades de sociedades acossadas pela pobreza, pelo desemprego e pela insegurança(não só física com também social) através das políticas penais repressivas(ITURRALDE, 2012, p. 185).

No Brasil, a “guerra às drogas” é a principal causa do superencarceramento¹⁶, o que perpassa por uma política proibicionista, inclusive, com a adesão de três grandes tratados internacionais de combate ao tráfico, a Convenção Única de 1961, a Convenção de Drogas Psicotrópicas de 1971 e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Drogas de 1988 (BOITEUX, 2015, p.18) e com a aprovação de penas mais rigorosas para traficantes, com a aprovação da Lei 11.343/06, conhecida como “nova” lei de drogas, que aumentou a pena mínima do delito de tráfico de três

¹⁶ Segundo dados estatísticos do Departamento Penitenciário Nacional, em 2016, a população carcerária brasileira era de 726.712 pessoas, sendo que 240.061 correspondiam aos presos do Estado de São Paulo. Nessa população 37% dos presos teriam cometido crimes contra o patrimônio, como roubo e furto, e 28% teriam cometido crimes relacionados ao tráfico de drogas. Entre os anos de 2000 a 2016, a taxa de encarceramento no Brasil cresceu 157% e, atualmente, o Brasil possui a 3ª. população carcerária do mundo.

Ainda, segundo a mesma fonte, no ano de 2016, no Estado de São Paulo, 1% da população carcerária encontrava-se cumprindo medida de segurança de internação, ou seja, 2.400 pessoas, presas em HCTPs e em alas psiquiátricas instaladas no interior de presídios comuns.

para cinco anos, sendo uma das causas do superencarceramento vivenciado pelo país nos últimos anos (ARGUELLO, 2012).

Além disso, a referida lei não estabeleceu critérios objetivos para a distinção entre as figuras do usuário e traficante, o que confere certa subjetividade ao juiz para decidir, o que interfere na seletividade da criminalização secundária¹⁷, com a prisão e condenação de indivíduos jovens, negros e pobres, como traficantes (ARGUELLO, 2012; JESUS, 2016).

Na criminalização secundária, o principal critério seletivo é o de estereótipos, que são construídos a partir de cargas ou atributos negativos conferidos a determinados indivíduos, seja em razão da classe social, gênero, étnico, raça, entre outros. É por existir um grupo de pessoas que sofrem preconceitos e sobre elas recair a ideia de que corresponderiam a um perfil delinquente (ZAFFARONI *et al*, 2011a, p. 46), ao que os autores complementam:

daí a existência de certas uniformidades da população penitenciária associadas a valores estéticos (pessoas feias), que o biologismo criminológico considerou causa do delito quando, na realidade, eram causas da criminalização, embora possam vir a tornaram-se causas do delito quando a pessoa acabe assumindo o papel vinculado ao estereótipo (é o chamado efeito reprodutor da criminalização ou desvio secundário) (ZAFFARONI, *et al*, 2011a, p. 46).

O perfil das pessoas presas por tráfico revela que são jovens, negros e pobres, com apreensão de quantidades pequenas de drogas (menos de 100 gramas). As prisões ocorrem em abordagens policiais realizadas nas ruas, a partir do critério do estereótipo (JESUS, 2011). É por esse motivo, que a chamada política de “guerra às drogas”, para WACQUANT (2011) é uma política que não está relacionada ao combate às drogas, mas ao combate aos pobres (não à pobreza):

¹⁷ A criminalização primária, que é aquela que ocorre no momento em o legislador elege determinadas condutas para serem incriminadas. Ela é seletiva, pois resulta de um processo político e econômico que determina condutas serão, ou não, passíveis de punição.

A criminalização secundária é a ação punitiva exercida sobre pessoas concretas, que acontece quando as agências policiais detectam uma pessoa que tenha praticado um certo ato criminalizado primariamente, submetendo-a à agência judicial, que admitirá um processo e verificará a possibilidade de imposição de uma pena, que será executada por uma agência penitenciária (prisonização) e sempre será seletiva, pois agirá a partir dos estereótipos. (ZAFFARONI *et al* 2011a, p. 43).

“política que desmerece o próprio nome, pois designa na verdade uma guerrilha de perseguição penal aos vendedores de rua, dirigida contra a juventude dos guetos para quem o comércio a varejo é a fonte de emprego mais diretamente acessível(...) É uma ‘guerra sem razão que não teria razão de ser, visto que o uso de estupefacientes está em desuso desde o final dos anos 70 e que era perfeitamente previsível que se abateria de maneira desproporcional sobre os bairros deserdados: neles a presença policial é particularmente densa, o tráfico ilícito é facilmente identificado e a impotência dos habitantes permite à ação repressiva toda a liberdade. Entretanto, foi esta política que entupiu as celas e ‘escureceu’ seus ocupantes” (WACQUANT, 2011, p. 95).

O Estado Penal caracteriza-se por uma “dupla regulação da pobreza” (WACQUANT, 2015), pois além do superencarceramento, as políticas assistenciais associam-se às políticas penais repressivas, ampliando as formas de controle em meio aberto, como ocorre nas prisões domiciliares e livramento condicional, como forma de controle social.

Essa “dupla regulação” advém do discurso oficial da “Lei e Ordem” que argumenta que o sistema de justiça penal não funciona no combate à criminalidade, porque não é suficientemente repressivo. Dessa forma, a luta eficiente contra a criminalidade exige a expansão das medidas de repressão, sejam instrumentais ou simbólicas. Assim, além da aprovação de leis mais severas, com a amplificação do medo e da sensação de insegurança, os anúncios governamentais de “policiamento ostensivo”, de compras de tornozeleiras eletrônicas, a construção de novas prisões ou postos de polícia são vistos como verdadeiras políticas de segurança pública, muito mais por seu valor simbólico, do que por sua eficiência no combate às causas do crime.

Assim, a política criminal é cada vez mais política punitiva e repressiva (tanto no nível instrumental como no simbólico), “colonizando e criminalizando a política social, e cada vez mais distanciada de uma interação orgânica como uma política de transformação social e penal” (ANDRADE, 2012, p. 294).

Como delineamos na Introdução desse trabalho, a Escola Positivista do Direito Penal no século XIX, com Von Liszt e sua categoria de indivíduos “incorrigíveis”, os criminosos habituais, considerados os “inimigos da ordem social”, a quem deveriam ser impostas medidas por tempo indeterminado, o Direito Penal passou a ser um veículo de uma política de aniquilamento ou “inocuidade” (CONDE, 2009).

A Escola Positivista teria representado “a mais importante mudança para o

autoritarismo do direito penal do autor” (e não mais o direito penal do fato) e desde as categorias difusas de Von Liszt, o que pretende é identificar esses “inimigos da ordem social”, esse “criminoso perigoso”, de forma que sua natureza criminosa surja da sua própria existência (ZAFFARONI, 2011b).

É na formulação da ciência penal alemã de Franz von Liszt que temos os antecedentes imediatos do que se denomina de “Direito Penal do Inimigo”, em que se dividem duas classes de indivíduos: as pessoas, com todos os direitos de cidadania e as “não pessoas”, os inimigos, a quem determinados direitos podem ser mitigados ou suprimidos (CONDE, 2009; ZAFFARONI, 2011b).

A introdução do “inimigo” no direito de um Estado Democrático de Direito o destrói, porque obscurece os limites do direito penal, que deve ser compreendido como um direito penal de garantias, “porque as garantias processuais penais e as garantias penais não são mais do que resultado da experiência acumulada secularmente e constituem a essência da cápsula de contenção que encerra o Estado de Polícia, ou seja, são o próprio Estado de Direito” (ZAFFARONI, 2011b, p. 172).

No Estado de Polícia (ZAFFARONI, 2011b) ou no Estado Penal (WACQUANT, 1999;2001;2008) ocorre a deslegitimação do sistema penal caracterizado pela “inversão do sistema de proteção de direitos humanos para um sistema de violação de direitos humanos” (ANDRADE, 2012), fazendo com que as garantias processuais penais ou as garantias penais não sejam aplicadas a determinadas parcelas da população: os “inimigos”.

Para ANDRADE (2012), o Estado Penal caracteriza-se por um discurso “defensivista-periculosista”, que revela elementos da Escola Positivista do século XIX, com seu discurso de defesa social e do paradigma etiológico da Criminologia, ocupando os mais variados espaços sociais, inclusive, nos discursos midiáticos e nas campanhas políticas.

No Estado de São Paulo o sistema de justiça criminal, a partir dos anos 1990, adotou políticas neoliberais típicas do Estado Penal, ampliando seu sistema penitenciário, com a intensa criminalização dos mais pobres, alocando mais recursos para a Sistema de Justiça Criminal do que para as áreas da saúde e educação (ZOMIGHANI JUNIOR, 2012)¹⁸.

¹⁸ O número de presos no Estado de São Paulo cresce exponencialmente, em 1994 havia um total de 55.021 indivíduos presos, já em 2004, o total de presos passou para 132.113 e, em 2016, registramos o total de 240.061 indivíduos presos, sendo que entre 1997 a 2006 foram construídas 101

Os dados identificados na pesquisa documental precisam ser compreendidos no contexto do Estado Penal em que o Brasil está inserido, uma vez os Hospitais de Custódia, como estabelecimentos prisionais, parecem realizar a gestão da pobreza, fazendo as vezes das políticas sociais e as práticas penais repressivas “políciam” as políticas de saúde, desvirtuando-as, além da existência de uma série de violações aos direitos fundamentais das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Assim, no caso do “louco infrator”, como “inimigo da ordem social, diante de sua periculosidade, ocorre a inversão do sistema de proteção de direitos humanos para um sistema de violação de direitos humanos, operando-se o modelo “defensivista-periculosista” do século XIX ampliado (ANDRADE, 2012).

O levantamento documental revelou um conjunto de práticas e procedimentos institucionais e jurídicos processuais que, explicitamente, desfavorecem esse grupo vulnerável de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, impedindo-as de exercerem sua cidadania, entendida como o direito a ter direitos, como já afirmado e a seguir explicitado.

A Secretaria Estadual de Saúde, seja pela análise de documentos emitidos pela Coordenação de Saúde Mental, seja por documentos elaborados pelas Diretorias de alguns Hospitais Psiquiátricos, demonstra a resistência em receber indivíduos advindos dos HCTPs, considerados indivíduos “perigosos”.

A falta de disponibilização de vagas nos Hospitais Psiquiátricos Comuns, integrados ao sistema SUS, e em Residências Terapêuticas, pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo é violadora do direito fundamental à saúde, pois no atual desenho da Rede de Atenção Psicossocial, embora o Hospital Psiquiátrico não seja entendido como um dos dispositivos de cuidado, ele pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental, nas regiões em que o processo de implantação e expansão da RAPS ainda não se apresente suficiente (BRASIL, 2011).

A transferência de indivíduos dos HCTPs para Hospitais Psiquiátricos não é considerada situação ideal, mas provisória enquanto a rede não esteja completamente capilarizada nas diversas regiões do Estado.

As petições iniciais formuladas nas Ações Cíveis propostas pela

unidades prisionais no Estado paulista (ZOMIGHANI JUNIOR, 2012, p. 102). O Estado conta, atualmente, conta 173 estabelecimentos prisionais.

Defensoria Pública e pelo Ministério Público revelam posicionamentos institucionais distintos para a questão da transinstitucionalização.

A Defensoria Pública pleiteava vaga em Hospital Psiquiátrico, com posterior transferência para Residência Terapêutica, fundamentando seus pedidos na lei 10.216/01 e nas Portarias do Ministério da Saúde, que regulamentam os Serviços Residenciais Terapêuticos, argumentando que essa medida era necessária para a elaboração de projeto terapêutico individualizado e posterior inserção no serviço adequado, visando a reabilitação social. Nesse sentido, pleiteava-se a transinstitucionalização, com vistas à desinstitucionalização, em que a passagem pelo Hospital Psiquiátrico era compreendida como provisória e com caráter terapêutico.

As Ações de Internação Compulsória com Interdição propostas pelo Ministério Público Estadual, em desfavor dos internos que tiveram medidas de segurança extintas, mas sem o laudo de cessação de periculosidade, tinham como fundamento a periculosidade e o discurso de defesa social para justificar uma nova internação compulsória¹⁹²⁰, assim como os diagnósticos incapacitantes justificavam o pedido da interdição. Além da anexação dos exames de verificação de periculosidade, a folha de antecedentes criminais também fazia parte do processo, como forma de reforçar o passado criminoso dos indivíduos.

As ações de Internação Compulsória representam a continuidade da medida de segurança, pois seu pressuposto é a periculosidade (pressuposto da medida de segurança), pautadas no discurso da defesa social e propostas sob o pretexto de que os indivíduos precisam de tratamento médico (suposto caráter terapêutico da medida de segurança). Portanto, temos o tripé da medida de segurança- periculosidade, defesa social e suposto aspecto terapêutico – como argumentos que justificam a necessidade da internação, reproduzindo-se os discursos da Escola Positivista do século XIX, de contenção dos indivíduos temíveis de Garofalo ou dos incorrigíveis de Von Liszt, a partir do passado criminal dos indivíduos e suas extensas fichas criminais.

¹⁹ Para parte dos juristas, como MUSSE (2008;2018), a modalidade de internação compulsória seria a internação determinada pela Justiça, a partir da imposição de uma medida de segurança, ou seja, a partir da existência de um processo penal. Portanto, essas ações propostas pelo Ministério Público deveriam ser consideradas ilegais.

²⁰ Nesse sentido: A recente Lei 13.840/19, que, em tese, permite a internação compulsória de usuários de drogas sem autorização judicial deve ser considerada inconstitucional, pois essa interpretação permitiria a aplicação de uma medida restritiva da liberdade não prevista na Constituição.

O Estado Penal amplia as funções policiais e judiciais e, além da função de “captura”, revelada no superencarceramento, desenvolveu a função de “observação” sobre as “populações consideradas desviantes e perigosas”, colocando-as sob a tutela da justiça, por meio de “processos multiformes da malha penal”, em que as sanções podem ser cumpridas em meio aberto, como nos casos de prisão domiciliar e livramento condicional (WACQUANT, 1999, p. 54).

A desinternação condicional corresponde, igualmente, a um período em que o Estado Penal exerce a função de “observação”, com condições impostas a serem cumpridas, sob tutela da Justiça, ampliando outras formas de controle social a “céu aberto”, conforme denominado por RAUTER (2012, p. 74).

Os dados trazidos por WACQUANT (1999, p. 53) sobre a liberdade condicional mostram o aumento da concessão desse benefício, entre os anos de 1981 a 1995, mas, ao mesmo tempo, os índices de revogação do benefício também cresceram, motivados pelo simples descumprimento de uma das suas condições e, assim, o número de pessoas que retornavam às prisões também cresceu.

Outro dado significativo é o de que, em 1995, nos EUA, 3,2 milhões de americanos estavam em liberdade condicional, sendo que 2/3(dois terços) apresentavam problemas relacionados a uso problemático de álcool e drogas e metade deles deveriam ser submetidos a testes de urina. Devido ao resultado positivo para o uso de substâncias ilícitas nesses testes de urina, a metade das pessoas submetidas ao livramento condicional tiveram o benefício revogado (WACQUANT, 2008, p. 119), levando o referido autor à seguinte afirmação:

(...) a "nova penologia", cujo objetivo não é mais nem prevenir o crime, nem tratar os delinquentes visando o seu eventual retorno à sociedade uma vez sua pena cumprida, mas *isolar grupos considerados perigosos e neutralizar seus membros mais disruptivos* mediante uma série padronizada de comportamentos e uma gestão aleatória dos riscos, que se parecem mais com uma investigação operacional ou reciclagem de "detritos sociais" que com trabalho social (WACQUANT, 1999, p. 55, grifos do autor).

A questão presente é a de que, em nosso caso, assim como nos “testes de urina” dos EUA, as condições impostas durante a desinternação condicional impostas pelo Poder Judiciário Paulista funcionam como meras “medidas neutralizantes” para indivíduos perigosos, sob o pretexto de que a medida de segurança é medida terapêutica, operando-se, apenas, uma lógica punitiva, que cria um círculo vicioso de desinternações e reinternações, em “dinâmica de circulação”, entre os serviços

extrahospitalares e a internação, que só produz cronicidade (ROTELLI *et al*, 1990; DE LEONARDIS, 1998).

Na 2ª. parte da pesquisa documental pudemos observar que, ao identificarmos o perfil dos sujeitos desinternados, se considerarmos, exclusivamente, o diagnóstico de “dependência química” ou alcoolismo temos 38,4% dos casos (10 casos), mas se consideramos a dependência química ou alcoolismo associados a outros diagnósticos temos 61,5% dos casos (16 indivíduos). São indivíduos predominantemente do sexo masculino, a maioria internados por terem cometido crimes patrimoniais, com baixo nível de escolaridade e majoritariamente são pardos ou negros.

Outro dado relevante da pesquisa documental é que a indicação do CAPSAD, como local para tratamento ambulatorial, cresceu expressivamente nos anos de 2017 e 2018. Além disso, a imposição da condição de tratamento ambulatorial ocorre a partir da indicação realizada no laudo de cessação de periculosidade e, nos casos analisados, há uma vinculação entre o diagnóstico de “dependência química” e a indicação, ao final do laudo, para continuidade em “CAPSAD”.

Em seu estudo sobre a Penitenciária III de Franco da Rocha, BARROS (2018) ao analisar exames de verificação de periculosidade, esclarece que os indivíduos com diagnóstico de dependência química encontram maior facilidade para a obtenção do laudo de cessação, uma vez que a abstinência se apresenta como fator importante na análise da cessação. A referida autora pondera que são esses indivíduos que enfrentam a maior possibilidade de reinternação, diante da imposição da condição de tratamento ambulatorial imposta.

Assim, esses indivíduos com diagnóstico de dependência química constituem-se como os “novos crônicos” (ROTELLI *et al*, 1990) ou um resíduo institucional (DE LEONARDIS, 1998), representada por uma categoria de indivíduos que não encontram lugar na família, na comunidade ou nas redes de assistência, uma vez que considerados os “membros mais disruptivos” da sociedade (WACQUANT, 1999).

A mudança de perfil dos internos dos HCTPs relacionada ao uso problemático de drogas alterou a estrutura prisional paulista, como relatado por BARROS (2018), com a separação de espaços específicos para os “dependentes químicos”, como os Pavilhões A e B, do HCTP II de Franco da Rocha, sendo que o

mesmo ocorreu no HCTP I, locais que passam a ser administrados cada vez mais sob um aspecto carcerário, com aumento de agentes e aparatos de segurança.

A divisão dos internos, com espaços específicos para “dependentes químicos”, está atrelada ao caráter indisciplinado e perturbador que é atribuído a essa população, o que prejudicaria os “outros internos”, relacionado a um perfil considerado mais tradicional ou típico dos HCTPS, diante de diagnósticos relacionados à esquizofrenia ou outras espécies de transtorno.

A divisão dos internos e o consequente aumento dos aparatos de segurança são identificados na análise de um documento identificado nos processos de Internação Compulsória, um Relatório elaborado pela Promotora de Justiça de Franco da Rocha, ao visitar os HCTPs I e II de Franco, em 10 de abril de 2014, que tece as seguintes observações:

Conforme mencionado pelos funcionários do HCTP I, o perfil psicológico dos internos tem se alterado. Estimam que, atualmente, de 30 a 40% dos internos que receberam medida de segurança são alcoolistas ou drogaditos. Como não há um programa específico para essas pessoas, a direção formalizou parceria com grupos de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, que realizam trabalhos dentro do Complexo do qual participam os internos que quiserem.

Essa alteração do perfil gerou, ainda, uma segregação entre os internos dificultando entrosamento entre eles. Ademais, em razão da mudança de perfil dos ali internados, o hospital vem passando a se preocupar mais significativamente com questões de segurança. Também se constata a necessidade de adaptação da equipe local a novos tratamentos ali realizados e reorganização orçamentária para compra dos medicamentos necessários.

O Relatório aponta a divisão, a partir do “novo perfil” dos internos, o que gerou uma espécie de classificação dos internos: os “dependentes químicos” e os “outros internos”, aos primeiros, cabe um novo rótulo: o de indisciplinado, o que passa a demandar, por um lado, novos aparatos de segurança e, por outro lado, uma readequação da equipe, que não conta com um “programa específico para essas pessoas”, tampouco com orçamento específico para a compra de medicamentos, o que é considerado, igualmente, por BARROS (2018).

Assim, o aspecto custodial e carcerário sobrepõe-se ao aspecto terapêutico, o que é reforçado pela necessidade da parceria com entidades externas, como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, que possuem um programa de tratamento voltado à abstinência, centrado no “modelo da doença”, que não se

coaduna com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Esse modelo de tratamento centrado na abstinência é ressaltado por BARROS (2018).

Nesse sentido, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde estabelece, em seu artigo 2º., como diretrizes:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- (...)
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- (...)
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.01).

Portanto, as diretrizes traçadas para atendimento na Rede de Atenção Psicossocial, a partir da perspectiva de redução de danos, parte de pressupostos filosóficos dos Direitos Humanos, afirmando que o uso de drogas pode ser, ou não, prejudicial, balizando-se no princípio da autonomia dos sujeitos, na perspectiva de um cuidado ampliado de saúde e contrapondo-se às políticas proibicionistas, contrapondo-se à internação compulsória como possibilitadora de cuidados em saúde, restando-lhe, portando, o aspecto punitivo.

Dessa forma, o cenário que se delineia é o de hegemonia do caráter custodial dentro dos HCTPs, caracterizado pela prevalência de uma lógica carcerária em detrimento dos cuidados em saúde, em que para “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” (CARRARA, 2010, p. 27), gerando uma nova categoria de “indesejáveis”, nas colocações de VENTURINI (2016):

Em função da de encarceramento em geral, que já revelava sua aliança com políticas segregacionistas, encontra uma nova parceria e se fortalece com a política da guerra às drogas. Da confluência execrável ainda irá participar, com contribuição especial, o sistema de medidas de segurança que, sob o frágil pretexto de oferecer segurança para todos e, de quebra, tratamento à saúde mental dos usuários de álcool e outras drogas, pratica a internação por

tempo indeterminado desse grupo já socialmente desprezado. O resultado é, mais uma vez, a potencialização das dicotomizações extremas entre a classe de cidadãos de direitos de um lado e de bandidos perigosos de outro. A novidade fica a cargo da reconfiguração operada na segunda categoria, agora, redesenhada para inclusão dos novos inimigos sociais: traficantes, maconheiros e cracudos (VENTURINI, 2016, p. 273).

Em termos analíticos, podemos considerar que a existência de pessoas internadas em situação ilegal, seja em estabelecimentos prisionais comuns à espera de vagas nos HCTPS, seja nos HCTPS à espera de vagas nos Hospitais Psiquiátricos, assim como a dinâmica das desinternações e reinternações, em círculo vicioso, nos remete à forma de gestão em que se entrecruzam as denominadas “dinâmica estática” e “dinâmica da circulação” (ROTELLI *et al*, 1990) e abaixo explicitado por DE LEONARDIS (1998):

Em los análisis sobre la nueva fisonomía de la institución psiquiátrica integrada en el sistema de los servicios sociales, la literatura sociológica y sociopsiquiátrica há pusto en evidencia, de diversas maneras, la existencia de una complementariedad, de um juego de alimentación recíproca entre agencias territoriales y manicômio, entre psicoterapias *soft* e internación, entre emergência y cronicidad. Se há habaldo de “efeitos hidráulicos”, de “transinstitucionalización”, de “circuito”.

Em particular, em la imagen del circuito se expresa uma clave interpretativa que preferimos y a la que aqui, rapidamente, hacemos referencia. La “estática” de la segregación em um lugar centrípeto, total y separado, como se manifestaba em el clásico modelo custodial (el panóptico), está siendo substituída por la “dinâmica” de la circulación dentro de um retículo difuso de agencias y competencias diversas; justamente, *um circuito*. Éste pone em conexión sectores específicamente psiquiátricos, sanitários, asistenciales y judiciales; está, por lo tanto, formado por uma constelación de estructuras diferenciadas y especializadas, cada uma de las cuales tiene su filtro, su código, su procedimiento para hacerse cargo; brinda uma respuesta puntual y fragmentaria y com respecto al resto puede decir “no es nuestro problema”. Em la dinámica de la circulación – como em la estática de la segregación – el control social se conjuga y suma al abandono (DE LEONARDIS, 1998, p. 95).

Nesse formato de gestão em circuito, os Hospitais de Custódia continuam a recepcionar os indivíduos que não encontram lugar nas diversas redes de serviço, nem na família ou comunidade, como um “resíduo institucional”, que produz novas formas de cronificação:

Por esto, dentro del circuito sustentado por esta lógica, los usuarios circulan, son diferenciados y descargados desde um sector puntual a outro; y aun el manicômio, reorganizado e acuerdo com el modelo del *revolvin door*, constituye um ponto de paso temporario y recurrente, Circuito o, más bien, espiral; espiral de cronificación. De hecho, el funcionamiento em forma de

circuito de los servicios, el entrecruzamiento de reenvíos y de respuestas codificadas y seletivas, la acumulación de control social e abandono, constituyen um mecanismo produtor de uma nueva cronicidad que asume dimensiones macroscópicas em el interior de la psiquiatria. Esta cronicidad es el rastro visible de la producción dentro de la dinámica del circuito de um *nuevo residuo institucional* (DE LEONARDIS, 1998,p. 96).

Nos casos de André, Otávio, Wilton, Cíntia e Mévio (indivíduos nº 22 a 26) temos casos representativos de indivíduos que se encontram nessa dinâmica de desinternações e (re)internações por períodos extensos, compondo esse grupo de “novos crônicos”, como um “resíduo institucional”, cuja “cronicidade” não é apenas psiquiátrica, mas é também um acúmulo de problemas materiais, comumente graves e persistentes, como a falta de trabalho e de habitação, agravados pela experiência no cárcere (DE LEONARDIS, 1998).

Para melhor visualização²¹, formulamos a Tabela nº 11 com dados dos sujeitos da pesquisa, que estão no ciclo vicioso da “porta giratória”. Podemos observar que o período maior, entre internações e desinternações, é o de André (19 anos) e o menor período é o Otávio (9 anos), revelando como as “amarras” dessa “dinâmica de circulação” pode produzir “novos crônicos”, mascarando a realidade de que não se reproduz um modelo custodial e asilar.

Tabela nº 11 – Indivíduos desinternados e reinternados, com data da 1ª. internação e da 1ª. desinternação.

	Nome fictício	Sexo	Cor	Escolaridade	Profissão	Estado civil	Diagnóstico	Data da 1ª. internação	Data da 1ª. Desinternação
22	André	M	B	analfabeto	Não def ou des	Solteiro	Retardo mental leve +esquizofrenia paranoide	1999	2004
23	Otávio	M	P	1º. Grau inc	Catador de papelão	Solteiro	Esquizofrenia psicose por drogas e oligofrenia	2009	2014
24	Wilton	M	P	Analfabeto	Pedreiro	União estável	Dependência de drogas	2002	2005
25	Cíntia	F *	B	1º. Grau inc	Estudante	solteiro	Dependência múltiplas drogas	2005	2008
26	Mévio	M	P	Analfabeto	Não def ou des	Solteiro	Oligofrenia	2001	2006

Embora não se tenha pretensão de realizar um levantamento estatístico, diante do pequeno número de processos, nesse grupo de indivíduos reinternados é que observamos as decisões judiciais mais antigas determinando o cumprimento da

²¹ Considerando que até o momento da pesquisa documental, em 2018, os sujeitos encontravam-se cumprindo medida de segurança.

condição ambulatorial de desinternação condicional, datadas entre os anos de 2004 a 2006, assim como a questão do diagnóstico da “dependência química” parece estar relacionada a maiores possibilidades de ingresso no ciclo vicioso das reinternações.

Essa questão foi observada por BARROS (2018), que teceu as seguintes considerações:

“os usuários de drogas ocupam de maneira mais integral esse circuito complexo (e completo) que os permite circular por dentro e por fora dos muros do Sistema Penitenciário, sem nunca, de fato, estarem livres desses equipamentos de contenção, mesmo alcançando outros pontos desse circuito também composto por equipamentos de Saúde e de Assistência Social” (BARROS, 2018, p. 132).

Diante das questões até aqui pontuadas sobre a desinternação, torna-se relevante a análise da determinação e encaminhamento da condição de tratamento ambulatorial.

A determinação da condição de tratamento ambulatorial segue a sugestão realizada no laudo de cessação de periculosidade que no tópico final, ao concluir pela cessação, indica a continuidade do tratamento em Hospital Psiquiátrico, CAPS, CAPSAD ou Residência Terapêutica, conforme destacado nas trajetórias de Saul e Leonardo, onde transcrevemos os laudos de cessação com a indicação do local para tratamento. Essas trajetórias são representativas, igualmente, da relação entre o diagnóstico de “dependência química” e a recomendação do laudo para realização do tratamento em CAPSAD, embora poucos municípios contem com esse equipamento e os indivíduos sejam atendidos pelos Ambulatórios de Saúde de suas cidades.

Portanto, o laudo pericial tem a função pericial e a de prescrição médica. Assim, embora os laudos passem a ser denominados de laudos multidisciplinares, parece-nos que o parecer médico, mais uma vez, ganha especial relevância, pois seria o único capaz de prescrever tratamento, reafirmando a tradicional aliança Psiquiatria e Direito.

Nos HCTPS não há programa de alta programada, nem qualquer articulação com a Rede de Atenção Psicossocial. A pessoa desinternada, no momento da saída do HCTP, tem conhecimento das condições a serem cumpridas na desinternação e assina um termo de ciência, ocorrendo uma espécie de audiência admonitória (audiência que ocorre no livramento condicional para imputáveis para

advertência sobre as condições a serem cumpridas e as consequências de seu descumprimento).

Por fim, identificamos decisões judiciais proferidas, que determinavam que a condição de tratamento ambulatorial fosse cumprida em “Hospital Psiquiátrico e, na falta deste, em CAPS”, com a indicação de que se as vagas não fossem disponibilizadas em 5(cinco) dias, os indivíduos deveriam ser postos em liberdade²², em decisões proferidas entre os anos de 2015 e 2017.

Nesses casos as vagas não foram disponibilizadas e os indivíduos foram colocados em liberdade e passaram a cumprir o período de desinternação condicional com a imposição de tratamento ambulatorial em CAPS.

Portanto, nesses casos, o encaminhamento ao CAPS se deu somente porque não ocorreu a disponibilização de vaga em Hospital Psiquiátrico, gerando, em termos interpretativos, um aumento das indicações a esses equipamentos, uma vez que se sabia das dificuldades da obtenção das vagas em Hospitais Psiquiátricos.

Na 1ª. fase da pesquisa documental observamos o aumento de decisões relacionadas à desinternação condicional, o que revela uma tendência do aumento de internos saindo dos HCTPS. Essa análise revelou, igualmente, o aumento do CAPS e CAPS, como local indicado para cumprimento da condição de tratamento ambulatorial, a partir de 2015.

Nossa hipótese explicativa é a de que as indicações ao CAPS e CAPSAd se relacionam à falta de disponibilização de vagas em Hospitais Psiquiátricos, bem como à mudança de perfil dos internos dos HCTPs, que obtém laudo de cessação com maior facilidade, como já ponderado, aumentando, portanto, o número de desinternações condicionais, o que estaria representado pelo grupo de sujeitos dos processos de execução de medida de segurança, na 2ª. fase da pesquisa documental.

Os motivos pelos quais se determina a condição de tratamento ambulatorial e a forma como se operacionaliza o encaminhamento para o cumprimento dessa condição, faz com que a condição de tratamento ambulatorial represente apenas mais uma das formas do Estado Penal exercer a sua “função de observação” em meio aberto, em detrimento do investimento em políticas sociais.

A análise documental permitiu a constatação de que, ao longo do

²² O que foi identificado nos processos de Leonardo, Alex, Saul, Carlos e Osvaldo (indivíduos nº 04, 05, 10, 11 e 12).

cumprimento da medida de segurança, ocorrem uma série de violações aos direitos fundamentais²³ do “louco infrator”, que buscaremos sistematizar, sucintamente:

A interpretação amplamente majoritária dada pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo ao artigo 132, da Lei de Execuções Penais, é de que o rol de condições para cumprimento durante a desinternação condicional seria um rol exemplificativo e não um rol taxativo, o que permite ao juiz a fixação de outras condições que não estejam previstas em lei.

Essa interpretação, segundo nosso entendimento e posicionamento minoritário do referido Tribunal, viola o princípio da legalidade, pois as normas restritivas de direito, como o artigo 132, da LEP, não comportam interpretação extensiva, ou seja, aquela interpretação que amplia o conteúdo da norma dado pelo legislador realizado pelo juiz, como o que ocorre no caso do “louco infrator” em que a condição de tratamento ambulatorial não está prevista em lei, mas é imposta por juízes, para além do que está previsto na legislação.

A instauração e apuração do procedimento disciplinar de falta grave para pessoas em cumprimento de medida de segurança afronta, igualmente, o princípio da legalidade, pois contraria, textualmente, o que dispõe o artigo 50, *caput*, da Lei de Execuções Penais, que só permite a aplicação de falta grave para pessoas que estejam cumprindo pena privativa de liberdade.

A “prorrogação” do prazo da desinternação condicional estendendo-a além do prazo de 1(um) ano, viola, mais uma vez o princípio da legalidade, pois o artigo 97, §3º, do Código Penal estabelece de forma clara e textual o seu prazo, por um ano.

As decisões judiciais para determinar a extensão do prazo da desinternação, diante da impossibilidade legal de sua prorrogação, afirmavam que ocorria a “prorrogação da medida de segurança de tratamento ambulatorial”, “transformando” a condição de tratamento ambulatorial em medida de segurança de

²³ Sobre o princípio da legalidade: No sentido político, podemos afirmar que o princípio da legalidade é uma garantia fundamental do homem e um dos pilares do ordenamento jurídico brasileiro, esculpido no artigo 5º., incisos II e XXXIX, da Constituição Federal e representando a limitação do poder punitivo do Estado. No sentido jurídico estrito ou penal, o princípio da legalidade denominado como princípio da reserva legal é o fixador do conteúdo das normas penais incriminadoras, enunciando que “não haverá crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal”. Desse princípio, decorre a garantia material da legalidade que assegura que a lei penal deve ser “prévia, clara, precisa, geral e abstrata” e isso submete o juiz, o Estado e todos os cidadãos.

tratamento ambulatorial, que são institutos jurídicos distintos e, portanto, não deveriam confundir-se.

Tais decisões baseavam no artigo 97, §2º., do Código Penal que não deve ser aplicado ao período da desinternação condicional, diante da denominada interpretação topográfica²⁴, uma vez que a matéria relativa à desinternação passa a ser regulada a partir do artigo 97, §3º, do Código Penal, o que impede a aplicação das disposições legais anteriores ou acima desse dispositivo no texto legal, como é o caso do parágrafo 2º do referido artigo.

Além disso, a realização de novos e sucessivos exames de cessação de periculosidade na desinternação condicional representa uma contradição, uma vez que a desinternação pressupõe um laudo que já teria certificado a cessação da periculosidade, considerando-se, nesse contexto, com concessão à lógica de que a periculosidade pudesse ser aferida.

Se já existe a certificação da cessação da periculosidade, por quais motivos o Poder Judiciário determina a realização de novos laudos? Por um lado, prevalece a ideia do “louco” como indivíduo intrinsecamente perigoso, advindo daí a necessidade de que exista uma eterna certificação dessa cessação, em diversos momentos processuais, o que nos leva à conclusão de que o Poder Judiciário busca o que sabe ser inatingível: a cessação da periculosidade como um juízo para o futuro, como probabilidade de que o indivíduo volte a delinquir. Por outro lado, a realização de exames em diversos momentos e com a possibilidade de resultados diferentes desvela a própria inaptidão do exame para auferir o que se propõe, reafirmando que “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).

Dessa forma, a exigência de novo exame de verificação de periculosidade na desinternação condicional leva à indeterminação temporal desse período, assim como ocorre no período da internação, permanecendo a mesma lógica custodial e punitivista.

A ausência de nomeação de Defensor para atuar em prol dos interesses do “louco infrator” na fase de desinternação condicional, nos processos observados

²⁴ Interpretação da norma legal que considera a localização dos artigos, parágrafos e incisos, diante de sua localização no texto.

em diversas Comarcas do Interior, viola os princípios basilares do Estado de Direito: a ampla defesa e o contraditório, esculpidos no artigo 5º, LV, da Constituição Federal.

A manutenção de indivíduos nos HCTPs com medidas de segurança extintas, seja pela falta de disponibilização de vagas em Hospitais Psiquiátricos ou Residências Terapêuticas, representa violações ao direito à liberdade e à dignidade desses sujeitos.

Tais violações ferem, ainda, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, o Pacto de San José da Costa Rica, incorporado ao nosso ordenamento jurídico, com a aprovação do Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992 e que estabelece em seu artigo 7, que “ninguém pode ser privado de sua liberdade física, salvo pelas causas e nas condições previamente fixadas pelas Constituições políticas dos Estados-partes ou pelas leis de acordo com elas promulgadas” e “ninguém pode ser submetido a detenção ou encarceramento arbitrários”, bem como estabelece como “direito irrenunciável ser assistido por um defensor proporcionado pelo Estado, remunerado ou não” (artigo 8).

O uso de expressões como “cativo” ou medida de segurança com “caráter vitalício”, “periculosidade permanente”, “perigosidade latente do agravante” ou ainda o discurso de que o “agravante é pessoa que está com a liberdade coactada por ser pessoa perigosa e enquanto viver e demonstrar periculosidade fica isolado e sob tratamento”, presentes nos acórdãos exarados pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, ou também o argumento de que a pessoa desinternada “apresenta sinais de periculosidade em sua personalidade” para justificar a prorrogação de seu tratamento ambulatorial, são referências significativas do entendimento de que o sujeito que está sob julgamento é um homem que, por sua natureza, é intrinsecamente perigoso.

Portanto, representa um perigo para a sociedade, devendo ser contido, de acordo com uma concepção de periculosidade do século XIX, momento histórico a partir do qual o homem passou a ser julgado não pelos seus atos, mas pelo que ele é, fazendo com que as teses da antropologia criminal passassem a estar enraizadas no sistema penal, conforme colocações de FOUCAULT (2006b):

Ora, creio que, de fato, a antropologia criminal, pelo menos em suas formas gerais, não desapareceu tão completamente como se pretende afirmar; e que algumas de suas teses mais fundamentais, e também as mais exorbitantes em relação ao direito tradicional, foram se enraizando no pensamento e na

prática penal. Porém, isso não teria podido ocorrer unicamente pelo valor de verdade ou, pelo menos, unicamente pela força de persuasão dessa teoria psiquiátrica do crime. Isso porque se produziu de fato toda uma mutação do lado do direito.

(...)

Não mais, é claro, a partir do que ele é por status (como era o caso nas sociedades do Antigo Regime), mas do que ele é por natureza, segundo a sua constituição, seus traços de caráter ou suas variáveis patológicas. Talvez se entrevia o que haveria de terrível em autorizar o direito a intervir sobre os indivíduos em função do que eles são: uma sociedade assustadora poderia advir daí (FOUCAULT, 2006b, p. 23).

O posicionamento majoritário do Tribunal Paulista desvela seu caráter conservador, uma vez que se aproxima ao ideário da Escola Positivista do século XIX, sobretudo das ideias de Von Liszt e Enrico Ferri, com a defesa da indeterminação das “medidas de segurança” para indivíduos incorrigíveis, que precisam ser contidos por serem intrinsicamente perigosos.

Dessa forma, a medida de segurança caracteriza-se como “pena neutralizante” (ZAFFARONI *et al*, 2011a, p. 137), o que significa dizer que, por um lado, desvela sua face de sanção penal e, de outro, a sua face de medida de contenção, colocando-se a periculosidade como questão central, num contexto de violação do sistema de proteção de direitos humanos, típico do Estado Penal e, assim, configurando-se o modelo “defensivista-periculosista” do século XIX ampliado.

As decisões proferidas nas Ações de Internação Compulsória determinando a manutenção de indivíduos em HCTPS é ilegal, pois ninguém pode permanecer em estabelecimento prisional sem estar cumprindo pena (ou medida de segurança) (artigo 5º, LXI, Constituição Federal). Mas, segundo dados documentais, essa não era a única situação de manutenção ilegal de indivíduos em HCTPs.

Retomando as palavras de WACQUANT(2001), no Estado Penal a política de contenção faz as vezes de política social e corresponde a uma forma de gestão da miséria, pois ao analisarmos o documento elaborado pelo Juiz da Vara de Execuções Criminais da Capital, declarando que existiam ilegalmente, em 2017, cem indivíduos nos HCTPs paulistas “por questões humanitárias”, por não terem para onde ir, concluímos que o HCTP é o local de habitação dessas pessoas. O referido documento mencionava a existência de 400(quatrocentas) pessoas à espera de vagas nos HCTPs.

A existência de pessoas que não conseguem sair dos HCTPS, enquanto outras aguardavam vagas para serem transferidas para esses estabelecimentos,

assim como a dinâmica de desinternações e reinternações, permite descortinar uma forma característica da lógica dessa administração prisional de gestão do fluxo contínuo das pessoas nos estabelecimentos prisionais, que precisa ser administrado em termos de entrada e saída do sistema penal: algumas precisam sair para que outras possam entrar.

Nessa perspectiva, o sistema prisional paulista apresenta uma forma peculiar na gestão dos locais de internação para cumprimento de medida de segurança. As Alas Psiquiátricas são consideradas as “portas de entrada” para o sistema prisional, onde os internos aguardam pela realização do exame inicial da verificação da periculosidade, que determinará da pena ou da medida de segurança. Se considerados inimputáveis, com a aplicação da medida de segurança, os indivíduos passam a aguardar uma vaga nos HCTPS, locais em que se opera a lógica da “progressividade de pena”, onde o HCTP II de Franco da Rocha representa o cumprimento do regime semiaberto e o local de regime mais brando.

Dessa forma, o sistema prisional paulista estabelece um “regime institucional de processamento de pessoas”, diante do “engarrafamento” gerado pela expansão do Estado Penal, que gerou a existência de “filas de espera” por um outro tempo de espera e, assim, cada estabelecimento prisional transforma-se em uma “zona de espera” (ARANTES, 2012; WACQUANT, 2001).

ARANTES (2012) alerta que a espera é uma forma de punição, porque produz um “tempo morto”, não se referindo somente ao tempo do calendário, mas ao tempo que faz o indivíduo sofrer e morrer a cada dia, ponderando que:

fazer esperar e punir não só rimam no universo das disciplinas redescobertas por Foucault mas sobretudo que fazer esperar já é punir, na exata medida que não se pune mais para corrigir um desvio mas para agravar um estado indefinido de expiação e contenção. No limite da contenção do próprio tempo: é sabido que a “ausência de tempo”, que corrói o transcorrer de uma vida em reclusão carcerária, mina e destrói o sistema imunológico, além de gerar transtornos neurológicos e psíquicos imprevisíveis (ARANTES, 2012, P. 237).

No caso do “louco infrator”, a espera não tem data definida para o seu término, como ocorre no cumprimento da pena, pois sempre dependerá do laudo de cessação de periculosidade. É uma espera, que leva à incerteza do término do cumprimento da medida, que imobiliza os corpos, o destino do indivíduo e as possibilidades de realização de projetos de vida. A medida de segurança, sob o

pretexto de seu caráter terapêutico, sequestra possibilidades terapêuticas, em que o sentido da espera apenas se revela como punição e sofrimento.

As “zonas de espera” são “zonas de incerteza”, onde “as pessoas que esperam simplesmente não existem” (ARANTES, 2012, p. 256). São vidas que não contam. São números estatísticos para a contagem dos processos acumulados nos cartórios dos Fóruns ou para a contagem que certifica a superlotação nos presídios, onde as “zonas de espera” funcionam como “zona de estocagem” de uma “categoria sacrificial”, pois os indivíduos que cumprem pena (ou medida de segurança) “são o grupo pária entre os párias” (ARANTES, 2012; WACQUANT, 2001).

Como casos exemplares, apresentamos as trajetórias de Silas que, apesar da alta recebida pelo CAPS, o exame de cessação de periculosidade foi exigido pelo Juízo. E o caso de Marta, com laudo de cessação de periculosidade, mas teve prorrogado seu tratamento ambulatorial, diante do caráter terapêutico da medida de segurança, pois o perito indicou que sua doença não tinha cura.

Silas, em desinternação há 6 anos, e Marta, em desinternação há 8 anos, estão em novas “zonas de espera” infinitas, pois a única certeza do “louco infrator” era a de que um dia haveria um laudo de cessação de periculosidade. Na expansão do Estado Penal, que permeia as instituições judiciárias, essa certeza já não existe.

Talvez a única certeza que exista é a de que Marta e Silas estão imobilizados nas “zonas de espera”, onde impera um sistema violador dos direitos humanos, que não lhes oferece o que exige deles: a certeza, com ampliação das formas de controle penal repressivo, sob o velho discurso terapêutico, em que a ideia de “prisão perpétua” está reconfigurada, com formas de controle em meio aberto.

Afinal, por que existem prisões, pergunta WACQUANT (2001)? As prisões, ou os HCTPS, são “instituições fora da lei”, diante das condições de existência que oferecem (ou não oferecem), organizadas por um aparato disciplinar arbitrário, que não pode mais responder às funções ressocializadoras da pena. Para WACQUANT (2001), elas existem para punir por punir e para fazer sofrer:

“(…) na verdade, ninguém mais sabe por que se trancafiam as pessoas. Invoca-se a filosofia terapêutica e continua-se a acreditar e fazer acreditar que a prisão tem por missão ‘reformatar’ e ‘reinsereir’ seus internos, enquanto tudo, da arquitetura à organização do trabalho dos guardas, passando pela indigência dos recursos institucionais (trabalho, formação, escolaridade, saúde), pelo esgotamento deliberado em condicional e pela ausência de medidas concretas de ajuda na saída, o nega” (WACQUANT, 2001, p. 155)

Dessa forma, o cenário delineado é de um Estado Penal Máximo, com seu discurso “defensivista-periculosista” do século XIX renovado, com a periculosidade como eixo central das transferências, fazendo-se necessário problematizar qual o papel dos equipamentos extrahospitais nessas dinâmicas para a construção de possíveis caminhos de saída, com vistas à desinstitucionalização. Afinal, existem “medidas concretas de ajuda na saída”, como questionado por WACQUANT (2001)?

Diante dessas questões emergentes surgidas no percurso da pesquisa documental e apresentação e análise de seus resultados, elaboramos um Roteiro Temático, em profundidade, com questões relevantes para a realização de entrevistas, com profissionais das áreas da Justiça e da Saúde, conforme passaremos a expor no capítulo a seguir.

5. DA TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NAS AMARRAS DA PERICULOSIDADE EM DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DA JUSTIÇA E DA SAÚDE

5.1. O CONCEITO DE PERICULOSIDADE E SUAS CONTROVÉRSIAS

Conforme explicitado na Introdução do presente Trabalho, a Escola Positivista do Direito Penal do século XIX foi responsável pela formulação do binômio medida de segurança-periculosidade, a partir das descobertas das ciências biológicas, fazendo com que ocorresse um deslocamento do crime para o criminoso (SHECAIRA,2004).

Com Rafael Garofalo, influenciado pelas ideias de Darwin, e seu conceito de “temibilidade” temos a gênese da noção de periculosidade e com Franz von Liszt e sua categorização de indivíduos incorrigíveis, a quem deveriam ser impostas medidas por tempo indeterminado, revela-se a função preventiva especial negativa da pena, sob o manto do discurso de defesa social.

De acordo com FOUCAULT (2006b), a ideia de risco representada pelo “indivíduo perigoso” ou “terrível” teria sido introduzida por Prins, em 1905, na União Internacional de Direito Penal, representando a imputação de uma responsabilidade sem culpa, esculpindo-se, definitivamente, a aliança entre Psiquiatria e Direito, a a partir de uma concepção unânime sobre a periculosidade intrínseca à loucura, iniciada no século XIX.

A esses indivíduos intrinsecamente perigosos e, portanto, representantes de um risco inerente para a sociedade só caberiam medidas de isolamento por tempo indeterminado, como determinado em nossa legislação: as medidas de segurança atreladas à noção de periculosidade.

A indeterminação das medidas de segurança, em nome da defesa social, apesar das discussões jurídicas sobre a sua inconstitucionalidade, continua a ser

aplicada em decisões de Desembargadores e Juízes do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, conforme observado na pesquisa documental.

O conceito de periculosidade não é um termo de definição precisa, mas que pode ser entendido ou definido de diferentes maneiras e, nesse sentido, os entrevistados relatam:

Quando nós falamos nesse conceito de periculosidade, você teria, teoricamente, algo que seria científico, que é a certeza de que o cara não volta a delinquir. Portanto, o sistema judicial espera da psiquiatria ou das áreas psi, algo que elas não podem dar. Então, você tem a criação de uma entidade, porque a legislação trabalha com algo que não existe. [A periculosidade], então, é um fantasma que assombra a vida do chamado “louco infrator” (Elói, Juiz de Direito).

Eu defino periculosidade como uma palavra que serve para o Judiciário manter pessoas indesejadas institucionalizadas. Já não era para existir o conceito de periculosidade, pois eu não conheço quem desenvolva uma teoria minimamente decente sobre esse assunto de periculosidade. Nunca vi. Periculosidade seria, em tese, a possibilidade, ou não, da pessoa voltar a praticar o delito, um exercício absoluto de futurologia. Todos cometem crimes, todas as pessoas cometem crimes, então, todos nós somos perigosos (David, Defensor Público).

Eu acho que esse conceito faz parte dessa manobra que você consegue adaptar para conseguir manter coisas que não são previstas legalmente. É mais uma dessas manobras para justificar o injustificável, ou seja, para conseguir manter eternamente uma pessoa numa lógica manicomial e carcerária sem nenhuma previsão legal para isso. [...] Não tem esse exercício de futurologia, de você imaginar do que [a pessoa] pode cometer no futuro. Isso não existe. Então, é uma manobra que se mantém por uma vontade política de exclusão social. Eu não consigo ver de outro jeito (Amanda, Integrante de ONG).

Os relatos de Elói, David e Amanda são convergentes e contestam a noção de cientificidade que o conceito de periculosidade, em tese, poderia ter e que envolveria um conceito tradicional e consagrado do Direito Penal de se realizar um juízo sobre o futuro, aferindo a probabilidade de que o sujeito torne a delinquir, exigindo-se uma prognose, a partir da perícia psiquiátrica, o que vai ao encontro do que leciona SANTOS (2005, p. 638) de que “nenhum método científico permite prever o comportamento futuro de ninguém”.

As narrativas de Elói, David e Amanda ao definirem “periculosidade”, como “palavra”, “manobra” ou “entidade” permite-nos considerar que, diante da impossibilidade de uma definição precisa, a periculosidade representaria um mecanismo de controle social sobre as pessoas com transtorno mental em conflito

com a lei, uma vez que sua finalidade, segundo os entrevistados, seria o de manter tais pessoas consideradas indesejadas, apenas segregadas do convívio social.

Nesse sentido, a medida de segurança, fundada na periculosidade e em seu discurso de defesa social, acabam por cumprir apenas a prevenção especial negativa, relacionada à neutralização do indivíduo, não rompendo com seus pilares fundacionais da Escola Positivista do século XIX.

Portanto, diante dos relatos dos entrevistados acima transcritos, o cumprimento da medida de segurança não serviria aos propósitos ressocializadores ou reabilitadores propagados pela função especial positiva, o que é defendido majoritariamente pelos Desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, de acordo com a pesquisa documental, o que é, igualmente, contestado por SANTOS (2005, p. 638), de que “a capacidade da medida de segurança para transformar condutas antissociais de inimputáveis em condutas ajustadas de imputáveis não está demonstrada”.

As entrevistadas Priscilla e Amanda trarão relatos, a partir de suas vivências ou experiências profissionais, da dinâmica institucional dos HCTPs e com as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

A entrevistada Priscilla, em relação ao que poderia determinar a cessação da periculosidade, tece a seguinte narrativa:

O que se chama cessação de periculosidade está ainda na mão do perito psiquiatra. A gente ainda tem que lidar com isso, mas existem formas de construir possibilidades. [...] construir possibilidades de saída, às vezes até mudar concepções de posicionamentos de como que fez esse trabalho, trazendo para novos olhares. Eu vou dar um exemplo, quando eu atuei no hospital de custódia lá [...] tinha uma paciente que eu acompanhava, que ela sempre recebia parecer desfavorável. Nunca era desinternada, mas estava, do ponto de vista de saúde mental, bastante estável. [...] Eu sei que é só o psiquiatra que pode atestar a chamada periculosidade, mas eu vou dar uma ajuda para esse perito, trazendo a história viva, real, concreta e atual dessa pessoa, porque tinha uma história antiga, que essa paciente em um determinado momento de avaliação de periculosidade há vários anos atrás, tinha jogado a cadeira no perito de raiva, porque ela disse que sabia que ele ia negar ela e, por causa disso, ele negava. E a gente conseguiu em determinado momento saber quando esse perito não iria avaliar e fazer um rodízio. E construímos uma possibilidade de saída, que não foi uma saída irresponsável, ela foi fundamentada, articulada com o CAPS, com a família. Foi documentada por vários relatórios psicossociais. Esse relato que eu estou te fazendo era uma coisa muito simples: a paciente se estressou com o psiquiatra em determinado momento, jogou a cadeira nele e, portanto, ela sempre ia ser perigosa. Existem elementos que tem a ver com processo de institucionalização, que é um processo violento, que vão qualificando aquele sujeito como perigoso ainda mais (Priscilla, Psicóloga).

A entrevistada Amanda, a partir de suas vivências, relatou:

Algo que as próprias pacientes relatam [...] é que, quando elas vão fazer entrevista, se elas sabem que a entrevista vai ser com [determinado psiquiatra], elas já tentam até pedir para ter repique para não ter que fazer com ele, porque elas sabem que fazer com ele é certo que vai ser negativo (Amanda, Integrante de ONG)

A entrevistada Priscilla, a partir de suas experiências profissionais, narra que a verificação da cessação da periculosidade está atrelada a uma decisão do perito psiquiatra que, por sua vez, realiza uma análise de atos pretéritos praticados pelos internos, como um aspecto indicativo da periculosidade.

Amanda, em sua narrativa, igualmente, em relação ao exame de verificação de periculosidade, refere-se a aspectos relacionados ao perfil do psiquiatra, considerado como um perito que não concede laudos positivos, por parte das internas.

Os relatos de Priscilla e Amanda permite-nos sustentar que haveria uma consciência por parte dos internos do poder decisório exercido pelo perito psiquiatra, remetendo-nos às considerações de FOUCAULT (2006a) sobre o poder psiquiátrico:

Essa marcação médica e, na realidade, a instauração de um jogo entre o corpo sujeitado do louco e o corpo institucionalizado do psiquiatra, ampliado à dimensão de uma instituição. O asilo deve ser concebido como o corpo do psiquiatra: a instituição asilar nada mais é que o conjunto das regulações que esse corpo efetua em relação ao próprio corpo do louco sujeitado no interior do asilo.

É nisso que podemos, creio, identificar um dos traços fundamentais do que eu chamaria de microfísica do poder asilar: esse jogo entre o corpo do louco e o corpo do psiquiatra que está acima dele, que o domina, que o sobrepuja e, ao mesmo tempo, o absorve. É com isso, com todos os efeitos que são próprios de um jogo assim, que me parece caracterizar a microfísica do poder psiquiátrico (FOUCAULT, 2006a, p. 235-236).

O Poder Psiquiátrico revela-se pela prevalência do poder médico no interior do asilo, que utiliza-se da técnica do interrogatório psiquiátrico como uma maneira de substituir discretamente as informações tiradas do doente, dando significações que proporcionem ao médico uma ascendência sobre o doente, registrando-se em um dossiê tudo o que o paciente fez, o erro que cometeu, a punição que recebeu, pois assim “quando um doente cometeu algo que se quer reprimir, é

preciso puni-lo, mas puni-lo fazendo-o crer que, se é punido, é por ser terapeuticamente útil” (FOUCAULT, 2006a, p. 231).

Na pesquisa documental, entre outros casos observados, destacamos na trajetória de Ailton e seu passado datado, pois a agressão a um funcionário do HCTP ocorrida em 13/05/1993 era registrada, reiteradamente, em seus exames de periculosidade, inclusive, no último realizado no ano de 2015.

O registro desse fato representa o eterno apontamento do seu “erro”, pelo qual Ailton é merecedor de “punição”, que é aplicada com os sucessivos laudos de não cessação de periculosidade. Sob o pretexto de que Ailton necessita de uma medida terapêutica, ele continua, na verdade, sendo castigado e punido.

Os entrevistados Thiago e David, a partir de suas experiências profissionais da área jurídica e, portanto, na perspectiva de sujeitos da pesquisa que atuam em processos relacionados à medida de segurança, relatam:

Gravidade dos atos pretéritos, comportamento atual. É importante e faz parte do relatório. A lei de execução penal diz que o laudo é multidisciplinar, não é só o diagnóstico dado pelo psiquiatra. [O juiz precisa] do relatório social, [precisa] do relatório da área de segurança do hospital de custódia. É importante que o diretor também dê a opinião dele. Então tudo isso faz parte de uma avaliação completa sobre a pessoa, tudo isso leva à cessação ou não. A cessação é um conceito técnico psiquiátrico? Sim. Só que o juiz tem que analisar todos os elementos que são trazidos à disposição dele e eles tem que ser cada vez mais complexos. [O juiz precisa] de relatório sobre o trabalho que ele desempenha, sobre o comportamento dele, sobre a relação com funcionários e demais pacientes. Fatos pretéritos são importantíssimos, [o juiz não pode] recusar isso (Thiago, Juiz de Direito)

[Como] não tem cientificidade nessa discussão, [a cessação de periculosidade] parte de uma análise interna, subjetivo da pessoa de quem faz a análise, tanto de quem administra e tem alguns poderes em relação à pessoa custodiada, principalmente a direção, o diretor de disciplina, que tem esse convívio nas unidades prisionais, assim como o Ministério Público e Judiciário (David, Defensor Público).

Thiago, como Juiz, relata seu entendimento de que o exame de verificação de periculosidade não está adstrito somente a avaliação do perito psiquiatra, que traria uma avaliação sob um ponto de vista “técnico psiquiátrico”, mas que o juiz, ao decidir pela cessação, ou não, da periculosidade deve analisar outros aspectos inseridos nos laudos multidisciplinares.

A elaboração dos laudos multidisciplinares, segundo o entrevistado, seguiria as diretrizes traçadas pela Lei de Execução Penal e deveria considerar

aspectos relacionados a uma “avaliação completa” do indivíduo, que poderia ser realizada, a partir dos relatórios sociais, da área de segurança e do diretor do presídio. Tais relatórios trariam elementos importantes para a análise da cessação da periculosidade, como comportamento carcerário, trabalho desempenhado e gravidade dos fatos pretéritos cometidos pelos indivíduos.

A narrativa de David, reforçando a falta de cientificidade do conceito de periculosidade, atrela a constatação da cessação a indivíduos do corpo administrativo do HCTP, que teriam “alguns poderes em relação à pessoa custodiada, principalmente, a direção”.

Os relatos de Thiago e David remetem-nos ao levantamento documental realizado em que observamos que existe a incorporação do setor de segurança e o aval dos diretores dos HCTPs nos exames de cessação de periculosidade.

Em relação ao conteúdo desses laudos multidisciplinares, identificamos a importância do comportamento carcerário e da prática de atividades laborais, como aspectos que seriam indicativos da cessação da periculosidade, conforme salientamos nos laudos a seguir:

Exame para Verificação de Periculosidade, Leonardo, ano de 2015

Na Unidade tem ótimo comportamento carcerário, não traz problemas de nenhuma ordem, seu comportamento é sem oscilações, mantendo uma postura humilde e respeitosa (Setor de Segurança).

A possibilidade de verificação de periculosidade, nesse contexto, está atrelada a aspectos carcerários, que são aferidos pelo denominado “setor de segurança”, o que, igualmente, é considerado por FOUCAULT (2002):

Nestas instituições não apenas se dão ordens, se tomam decisões, não somente se garantem funções como produção, a aprendizagem, etc, mas também se tem o direito de punir e recompensar, se tem o poder de fazer comparecer diante de instâncias de julgamento. Este micro-poder que funciona no interior destas instituições é ao mesmo tempo um poder judiciário. O fato surpreendente, por exemplo, no caso das prisões, pra onde os indivíduos são enviados porque foram julgados por um tribunal, mas onde sua existência é colocada sob a observação de uma espécie de micro-tribunal, de pequeno tribunal permanente, constituído pelos guardiões e pelo diretor da prisão, que da manhã à noite vai puni-los por seu comportamento. A todo momento se pune e se recompensa, se avalia, se recompensa, se classifica, se diz quem é o melhor, que é o pior (FOUCAULT, 2002, p. 103).

Nesse sentido, a avaliação dos diretores dos HCTPs, como considerado pelo entrevistado David, e a avaliação do setor de segurança, conforme destacado na pesquisa documental, representam essa espécie de “micro-tribunal” existente no interior desses estabelecimentos, que por meio de um sistema de sanções e recompensas, exerce seu poder disciplinar, como verificamos com a aplicação de faltas graves e a consequente transferências de internos com “comportamento inadequado” para o HCTP de Taubaté.

Esse “micro-tribunal”, atuando através de dispositivos de normalização dos indivíduos, passam a comparar, diferenciar, hierarquizar, homogeneizar e excluir os indivíduos, onde somente os indivíduos considerados “obedientes” e “adaptados”, ou seja, normalizados terão, como recompensa, um laudo favorável de cessação de periculosidade, como podemos observar nos laudos de Cíntia, elaborados em 2015 e 2017, a seguir transcritos:

Exame para Verificação de Cessação de Periculosidade , Cíntia , ano de 2015

Cursou até a 5ª. Série e foi reprovada uma vez, tinha preguiça de estudar e ir a escola. Era agitada. Foi amasiada por dois anos aos dezessete anos com um homem mais velho e separou porque ele era alcóolatra e não trabalhava. Aos dezessete anos foi “estuprada” por um homem mais velho com quem trabalhava e moravam juntos (vendia doces na rua). Mencionou dois namorados. Aos dezoito anos começou a ter relacionamentos homossexuais. Andava com prostitutas (sic). Tabagista desde os dezessis anos (um maço de cigarro/dia) e também nessa idade passou a consumir maconha, crack e bebida alcoólica em dias alternados ou quando tinha substâncias. Foi internada três vezes em Hospital Psiquátrico devido ao uso de drogas. Também fazia tratamento em ambulatório do SUS. Quando criança a mãe a levou um psicóloga. Foi presa e condenada a dois anos devido um roubo.

Exame para Verificação de Periculosidade, Cíntia, ano de 2017

Atualmente ocupa seu tempo exercendo atividade laboral/terapêutica na limpeza do ambiente institucional. Tem mantido contato cordial com servidores e demais pacientes.

O exame realizado em 2015, que concluiu pela não cessação da periculosidade, descreve Cíntia como uma pessoa “moralmente desviante”, onde o perito descreve comportamentos “transgressores”, a partir de seu julgamento moral.

O exame realizado em 2017 constatou a cessação da periculosidade, uma vez que Cíntia estaria apresentando comportamentos “moralmente adequados”, incorporando os valores do “trabalho e da cordialidade” e, normalizada, passa a ser merecedora da recompensa.

A imagem descrita de Cíntia no exame de 2017 seria representativa do sucesso de “terapêutica penal”, uma vez que são antigos hábitos estão destruídos, após a formação de um saber sobre a sua “disposição criminosa”, com base em observações sobre seu o passado (FOUCAULT, 2006 b). Enfim, Cíntia será transformada no “corpo dócil” (cordial) e “corpo útil” (trabalho) e, assim, terá a sua periculosidade será considerada cessada.

Em relação ao desempenho das atividades laborativas, como aspecto importante para a cessação da periculosidade, observamos que não há oportunidade de trabalho para todos os internos²⁵, como observado por BARROS (2018) e PASTORAL CARCERÁRIA (2018). Nos laudos de cessação, as menções mais comuns são aos trabalhos realizados na manutenção de móveis, oficinas internas e limpeza dos espaços institucionais.

Na seara da medida de segurança, ao contrário do que ocorre no cumprimento da pena, o trabalho não é considerado para fins de remição, isto é, para o desconto dos dias trabalhados como dias de pena cumpridos. Apesar disso, os internos buscam realizar atividades laborativas e as vagas existentes são disponibilizadas para internos que apresentem bom comportamento, dentro de um sistema de sanções e recompensas.

A questão que permeia a elaboração dos laudos multidisciplinares e os aspectos que são considerados como indicadores da cessação da periculosidade está inserida no contexto da sociedade disciplinar e seus micropoderes, que vão se ampliando, através de funções judiciais, o que representa um poder maior de controle e sanção sobre os internos.

Nesse processo de crescimento das diferentes redes disciplinares é indiferente se poderes mais amplos são dados aos médicos ou aos diretores, mas nessa tessitura de tecnologias de poderes é que se decide quem será o indivíduo “merecedor” da cessação da periculosidade, densificando-se dispositivos de normalização, conforme observa FOUCAULT (2010b).

²⁵ Segundo Relatório elaborado pela Promotora de Justiça, em visita ao HCTP I de Franco da Rocha, em abril de 2014, existiam 190 vagas de trabalho, distribuídas na fábricas de móveis, monitoria na sala de leitura, oficinas internas. Nesse período, a população de internos era de 453 homens e 139 mulheres.

Vejamos, o que foi observado, no caso de Robson, tido como “contestador” e indisciplinado, por enviar cartas, “reivindicando seus direitos” ao Juiz da Vara das Execuções, como a carta que transcrevemos a seguir:

EU ATRAVÉS DO MEU PROPRIO PUNHO VENHO FAZER ESSE PEDIDO DE INDULTO INDIVIDUAL E A FALAR SOBRE MINHA SITUAÇÃO ESTOU PRESO HÁ 3 ANOS E 8 MESES ESTAVA NA COLÔNIA NO HOSPITAL DE CUSTODIA 2 DE FRANCO DA ROCHA, VOLTEI PARA O FECHADO PORQUE FUI FALAR COM A ASSISTENTE SOCIAL SOBRE MINHAS VISITA DIMICILIARES QUE TINHA DIREITO POR EU ESTAR NO SEMI ABERTO E ASSISTENTE SOCIAL [...] DISSE QUE EU ESTAVA QUERENDO FAZER O SERVIÇO DELA[...]

Diante da imagem construída de Robson, como indisciplinado, ele será transferido para o HCTP de Taubaté, além de responder por diversas faltas graves e seus Relatórios Psicológicos e Sociais passarão a buscar na sua infância uma espécie de explicação para seu comportamento “desviante”:

Robson, filho adotivo, e assim, sua história de infância será descrita: Pais superprotetores, faltando-lhes crítica, acerca de temáticas como reparação, amor, dó, adoção. O reeducando foi realocado para a Enfermaria B, ficando sob a observação da equipe de segurança, a qual notou um comportamento inadequado ao tratamento imposto, que é o ficar observando as servidoras de forma constrangedora e pejorativa, fato este que o ordenamento jurídico não permite, estando ele custodiado pelo Estado. O reeducando apresenta problemas em relação à figura feminina, provavelmente por ter isso abandonado por sua mãe na infância.

A prisão, nesse sentido, dentre as instituições disciplinares é a que cumpre melhor o seu papel de controle social, pois a privação de liberdade é apenas uma de suas estratégias.

A partir da prisão o indivíduo passará a ser observado por todos esses micropoderes, estabelecendo-se um sistema de sanções e recompensas internas, como por exemplo, as transferências aos internos “indisciplinados” para o HCTP de Taubaté.

Esse sistema de “sanções e recompensas” é estabelecido muito mais pelo comportamento, compreendido no interior de uma história individual, em que eventuais rebeldias serão explicadas, a partir de uma explicação psicológica, a partir da infância, algo interno do preso e isso só enfatizará a necessidade de reeducar e de recuperar, ou seja, de mantê-lo preso (RAUTER, 2003).

Entendemos que a noção de periculosidade, empregada no direito penal, como probabilidade de que o indivíduo volte a delinquir, mantém estreitas relações com a concepção de risco, amplamente empregada nos campos da Saúde Pública e Saúde Coletiva, cuja definição geral, em termos conceituais, é, enunciadas na literatura especializada, nos seguintes termos: “risco é probabilidade de ocorrência de um dano”.

Considerando, a partir de ALVARENGA (1985), que no emprego conceitual de risco há que observarmos que os termos probabilidade e dano se apresentam como características definidoras de risco, ou seja, definidoras da predição que se pretende realizar ou identificar acerca da ocorrência futura de determinado fenômeno, podemos considerar, igualmente, que, no campo do direito penal, ao buscarmos realizar um prognóstico do “louco infrator” voltar a delinquir estaremos incursionando no campo das incertezas, uma vez que o exame de verificação da periculosidade seria, em termos de hipótese de trabalho, a capacidade de peritos realizarem e fundamentarem, com base em critérios técnico-científicos, dada prognose sobre a probabilidade (risco) da ocorrência de um crime (dano), prognose essa a constar dos laudos que subsidiariam decisões jurídicas.

No entanto, o que ALVARENGA (1985) constata nessa sua tese de doutorado sobre a aplicação do conceito de risco na área materno-infantil, para definir, de maneira mais específica, conceito de gravidez de alto risco, a partir das chamadas escalas de risco, que o referido conceito, assim definido reveste-se de grande ambiguidade e vagüidade, dada a complexidade das naturezas dos diferentes problemas de saúde aos quais se aplica, complexidade essa reduzida a indicadores de risco, como modo de simplificar, no positivismo da ciência empregada no campo da saúde, o complexo conceito de causalidade presente no processo saúde doença, no qual o risco, para fins metodológicos e operacionais, não indica a causa de determinado dano, mas um ou mais indicadores da causa.

Vale lembrarmos, que ao pensarmos na aplicação do conceito de risco a própria loucura, na área da saúde, nela se debruçam, na atualidade, diferentes profissionais das áreas da psiquiatria, do campo da medicina, e das áreas psi, notadamente dos campos da Saúde Pública e Saúde Coletiva empregando diferentes perspectivas teórico-metodológicas para o entendimento de problemática, considerada das mais complexas, com a qual o campo da saúde em geral trabalha.

Em seu processo de análise, ALVARENGA (1985) refere, que ao lado das características definidoras do termo risco, consideradas intrínsecas ao fato ou fenômeno que se propõe investigar, destacam-se, igualmente, características outras, que na literatura especializada da filosofia da ciência são nomeadas por autores, como John Hospers, como “características acessórias” do termo. Isso tendo em vista que as mesmas não fazem parte da própria definição do conceito de risco, ou do significado do conceito propriamente dito.

Esse tipo de consideração acerca de características acessórias do termo risco, operado no campo da saúde, parece-nos bastante heurística para melhor interpretarmos o que pudemos observar nos dados e narrativas da pesquisa documental, assim como em falas de nossos entrevistados.

Isso porque, diante da constatação da falta de critérios técnico-científicos para o emprego do termo periculosidade na esfera do direito penal, operada em termos jurídicos como uma noção e não propriamente como conceito, é possível entender motivos pelos quais se estabelecem determinados indicadores para denotar a periculosidade, considerados indicadores da probabilidade de risco de o interno, ou indivíduo encarcerado, marcado pela representação da figura do “louco infrator” voltar a delinquir, indicadores esses, marcados pelo discurso da defesa social, que realiza a gestão dos riscos desse indivíduo para a sociedade, no contexto do Estado Penal.

Nessa perspectiva, a noção de periculosidade, atrelada à de risco, pode ser considerada como enunciada por características acessórias, que estabelecem fatos que não são próprios do termo, uma vez que tais essas características são externas ao conceito, ou seja, não são parte do significado desse termo, nem de sua definição.

“Trata-se, assim, de estabelecer um fato sobre o objeto nomeado pelo termo” (ALVARENGA, 1984, p. 03). Assim, a noção de periculosidade é operada por características acessórias que estabelecem aspectos considerados como indicadores da cessação da periculosidade, que não se relacionam ao termo periculosidade, que é vago e impreciso, mas que se relacionam a circunstâncias de diversas ordens.

Na pesquisa documental, a partir da análise dos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, pudemos identificar aspectos do que seriam considerados possíveis indicadores para a cessação, ou não, da

periculosidade, como os que indicamos a seguir: a) não possuir respaldo familiar; b) cometer graves crimes no passado; c) apresentar problemas com “drogadição” ou doença crônica, que por esse motivo não teria cura, segundo consideração dos julgadores; d) não possuir autonomia, o que seria representativo de que o indivíduo não poderia gerir sua vida sozinho e, portanto, não poderia realizar o “controle medicamentoso” necessário ao controle de sua doença.

A esses aspectos soma-se o comportamento carcerário, que será aferido a partir de um sistema de sanções e recompensas existente no interior dos estabelecimentos prisionais, como é o HCTP, em que será considerado “merecedor” do atestado de “bom comportamento” aquele indivíduo que externar que está adaptado e normalizado, diante do processo de “treinamento e correção” vivenciado no cárcere que, sob esse ponto de vista, será considerado bem sucedido (FOUCAULT, 2006 b).

Podemos considerar, que os aspectos acima relacionados, e considerados pelos Desembargadores do Tribunal de Justiça do Tribunal de São Paulo como reveladores da cessação da periculosidade, denotam que, para o julgamento do que concebem ou entendem como periculosidade, sua compreensão está pautada nos paradigmas jurídico-punitivo e biomédico: o primeiro, permeado pela visão de que o “louco infrator” é um sujeito moralmente desviante e “anormal”, devendo ser segregado do convívio social e, o segundo, característico de refletir uma compreensão da doença, apenas em seu aspecto biomédico, excluindo o necessário contexto psicossocial e tolhendo a autonomia dos indivíduos, conforme considerado por MUSSE (2018).

O paradigma de direitos humanos, igualmente exposto por MUSSE (2018), que é caracterizado pela compreensão do “louco infrator”, como detentor de direitos individuais, coletivos e difusos, como o direito à saúde em sua tripla dimensão, a biológica, psicológica e social, assegurando a cidadania de tais indivíduos é, pelas evidências encontradas em nossa pesquisa documental, desconsiderada nesses julgamentos.

5.2. A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO VIA PROCESSOS DE TRANSINSTITUCIONALIZAÇÃO: UM CAMINHO POSSÍVEL?

5.2.1. Sobre a transinstitucionalização e seus processos: a internação compulsória

A Lei 10.216/01 dispõe sobre três modalidades de internação: a voluntária, aquela que se dá com o consentimento do usuário; involuntária, que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, e a compulsória, aquela que é determinada pela Justiça.

Para parte dos juristas, como MUSSE (2008;2018), a modalidade de internação compulsória seria a internação determinada pela Justiça, a partir da imposição de uma medida de segurança, ou seja, a partir da existência de um processo penal.

Entretanto, a internação compulsória tem sido utilizada indistintamente para a internação de diversas pessoas, sobretudo, nos casos de uso problemático de álcool e outras drogas, sem que se tenha cometido nenhum delito. E, conforme pesquisa documental, tem-se ingressado com Ações de Internação Compulsória, após a extinção da medida de segurança, se não for precedida de laudo de cessação de periculosidade.

Nos dois casos citados acima, a propositura de ações de internação compulsória tem significado o reforço do modelo psiquiátrico e asilar: no primeiro caso, utiliza-se a modalidade de internação compulsória, que deveria estar adstrita à medida de segurança, implicando institucionalização de novas pessoas. No segundo caso, relacionado à presente pesquisa, a continuidade da tutela jurisdicional sobre os indivíduos tem representado a permanência deles em instituições fechadas (Hospitais Psiquiátricos ou HCTPs) e a constituição de novas barreiras para o processo de reinserção social desses indivíduos.

As narrativas dos entrevistados sobre a propositura de Ações de Internação Compulsória com Interdição para indivíduos com medidas de segurança extintas

trazem visões diferentes, como a da entrevistada Cristina, Promotora de Justiça, que assinala questões importantes de sua dinâmica institucional:

(1) *Em um determinado momento, a Presidência da República passou a entender pertinente conceder indulto nos casos de medida de segurança. Nesses momentos, a diretoria dos hospitais passaram a procurar vagas em hospitais psiquiátricos para que essas pessoas não fossem colocadas na rua do dia para a noite, e se esperava um tempo até isso acontecer.*

(2) *Mas, [em determinado momento] os juízes da VEC, Vara de Execução, estavam dando 48 horas, 72 horas, para conseguir a vaga. Se não conseguisse, era para botar na rua. Tinham pessoas que, óbvio, não estavam muito ruins, mas tinham pessoas que estavam em uma situação, em um sofrimento psíquico ainda muito grande. [Então, como botar] essas pessoas, desse jeito, na rua?*

(3) *[É preciso atuar] de duas maneiras distintas.*

(4) *Na promotoria, uma das frentes [seria a de assegurar] que as pessoas que saíssem dos hospitais de custódia não fossem jogadas na rua, simplesmente. Que elas fossem direcionadas para um hospital, ou um hospital geral com leito psiquiátrico ou um hospital psiquiátrico, mas um local em que elas tivessem tratamento de saúde, para que elas fossem inseridas na sociedade de uma maneira responsável, no sentido de que realmente se avaliasse a situação psiquiátrica psicológica delas.*

(5) *[...] Algumas pessoas porque estavam em uma situação de muita vulnerabilidade e outras porque representavam perigo para a sociedade. Elas ainda estavam muito envolvidas naquela situação que motivou a entrada delas no Hospital de Custódia, porque os indultos tinham um critério totalmente objetivo, que levava em conta só, por exemplo, o fato criminoso que ensejou a aplicação da medida de segurança e, às vezes, esse fato específico era um fato, objetivamente falando, de pouca gravidade. Tipo uma importunação ofensiva ao pudor. Uma coisa que, realmente, é uma pena muito pequena, no âmbito criminal, uma coisa de menor importância. Mas, por exemplo, os antecedentes criminais dessa pessoa, às vezes, eram de 40 páginas. Pessoas que já tinham cumprido pena de verdade por estupro, por homicídio. Embora aquele pequeno fato isolado fosse de pouca gravidade, o histórico da pessoa era de uma situação muito grave.*

(6) *[A primeira coisa a ser feita nesses casos é] colocar essas pessoas em um hospital, que elas recebam tratamento e depois providenciar que elas sejam encaminhadas para os locais adequados.*

(7) *[Assim, quando] o hospital tivesse um indulto de medida de segurança e que os laudos do hospital e dos médicos do hospital entendessem que havia periculosidade, que é um termo técnico, eles [encaminhariam esses casos] por e-mail [para ingresso] com uma ação de internação compulsória.*

(8) *[...] A Secretaria de Estado da Saúde tinha uma postura de não querer receber essas pessoas, de dificultar vaga. Não. Acabou a medida de segurança dela, ela é livre. Hoje é um paciente do SUS, ela tem que ir para um hospital. Ela vai entrar em um hospital. [A SES] não poderia afirmar que aquela pessoa ia colocar as pessoas do hospital em risco, pois ela sem hospital vai se por muito mais em risco e vai colocar as outras pessoas muito mais em risco ainda. Então, ela precisa de tratamento médico. Isso [deve ser garantido] para ela [...] com a entrada da ação de internação compulsória (Cristina, Promotora de Justiça).*

Cristina, em sua narrativa, considera que a concessão do indulto sem laudo de cessação de periculosidade, tornou-se “problemática”, quando as vagas não foram disponibilizadas pela Secretaria de Saúde, sobretudo, diante de algumas decisões judiciais que estabeleciam que os indivíduos deveriam ser colocados em liberdade, caso as vagas não fossem disponibilizadas.

No quinto parágrafo, Cristina considera que, apesar do concessão do indulto, as pessoas estavam “envolvidas naquela situação que motivou a entrada delas no Hospital de Custódia”, ou “porque estavam em uma situação de muita vulnerabilidade”, ou “ porque representavam perigo para a sociedade”.

O relato de Cristina, como representante do Ministério Público, aponta que a concessão considerou apenas o último crime praticado pelo indivíduo, que, muitas vezes, era de “pouca gravidade”. Entretanto, tais indivíduos apresentam um histórico “de uma situação muito grave”, “pois eram pessoas que já “tinham cumprido pena de verdade por estupro, por homicídio”, conforme sua narrativa no quinto parágrafo.

A fala de Cristina desvela seu entendimento de que tais indivíduos necessitam ser transferidas “para um hospital”, um local “em que elas tivessem tratamento de saúde, para que elas fossem inseridas na sociedade de uma maneira responsável” (quarto parágrafo), mas a Secretaria da Saúde “tinha uma postura de não querer receber essas pessoas, de dificultar vaga” (oitavo parágrafo).

O relato da entrevistada é expressivo da Instituição que integra, desvelando que, em relação que a propositura das Ações de Internação Compulsória, como prática institucional, está relacionada à periculosidade, conceito que, segundo seu entendimento, estaria relacionado ao passado criminal dos indivíduos.

A prática dos considerados “crimes graves”, como homicídio ou estupro, crimes pelos quais já se cumpriu a sanção penal, conforme anota Cristina, são entendidos como representativo de uma “natureza criminosa”, que necessita ser interditada, pois sempre representará um “perigo para a sociedade”, como dito por ela.

O discurso da “defesa social” da Escola Positiva Penal, típica do século XIX, continua permeando discursos e práticas institucionais, na atualidade, e a periculosidade, antes reservada para a aplicação das medidas de segurança, passando a ser fundamento para a outras espécies de internação compulsória, sob o pretexto de que esses indivíduos precisam de “tratamento terapêutico”.

Entretanto, no contexto da aplicação da medida da segurança vincula-se, ao menos, a prática de um delito e, nesse novo contexto, apesar do cumprimento de todas as “penas” e não existirem mais motivos para a privação da liberdade, para o indivíduo, considerado “perigoso”, propõe-se uma nova medida de segregação social, como uma única alternativa viável.

A narrativa de Thiago complementa alguns aspectos desse entendimento:

Eu particularmente entendo que pode [a periculosidade ser um fundamento para processos da esfera cível], porém, tem um único caso de interdição civil em que a pessoa está incluída em Hospital de Custódia, que é o caso do Chico Picadinho em Taubaté. Único caso, nenhum outro.[...]Porque o único caso que é laudável assim é o do Francisco. E até durante um ano e pouco, que houve alteração da competência, juíza de Taubaté tentou tirar do Hospital de Custódia, mas acabou não tendo sucesso nisso, porque o juízo cível revogou a decisão dela e eles então tinham competência, atribuição para decidir. Porque, na verdade, ela basicamente disse que ele não podia mais permanecer em Hospital de Custódia, o que eu acho que, em parte, ela tem razão. Mas é preciso encontrar um outro local para ele. Ele também não tem, segundo o que dizem os psiquiatras e me foi falado, ele não teria condições de permanecer em uma unidade comum da internação psiquiátrica (Thiago, Juiz de Direito)

O relato de Thiago permite revelar seu posicionamento sobre a possibilidade de que a periculosidade seja o fundamento das ações propostas na Justiça Cível, desde que exista laudo psiquiátrico, uma vez que, segundo seu entendimento, haveria um único caso “laudável” nesse sentido, que é o caso de Francisco da Costa Rocha, conhecido por “Chico Picadinho”.

Embora, não se possa afirmar com precisão, o caso de Francisco da Costa Rocha parece ter sido o primeiro processo de interdição, com permanência do indivíduo em Hospital de Custódia pela Justiça Cível. E foi o que ocorreu no caso de Vilmar, um dos nossos sujeitos da pesquisa.

A situação de Francisco iniciou uma disputa entre a juíza criminal da Vara de Execução Criminal de Taubaté e o juiz da Vara de Família e Sucessões por seu destino. De um lado, a juíza entendia que a manutenção de Francisco no HCTP de Taubaté era ilegal, diante do caráter penitenciário do estabelecimento e da extinção da medida de segurança. Por outro lado, o juiz cível alegava que a interdição civil não constituía ilegalidade. O impasse foi resolvido pelo Tribunal de Justiça que, em 2017, entendeu que interdição por prazo indeterminado não é prisão perpétua.

Francisco “transformou-se” em “Chico Picadinho” por crimes cometidos nas décadas de 60 e 70 e diagnosticado com “transtorno de personalidade antissocial”

é considerado como indivíduo de “alta periculosidade” e, portanto, incapaz do convívio social e, inclusive, de estar em Hospitais Psiquiátricos Comuns.

A fala de Thiago menciona seu posicionamento de que não há um lugar institucional para Francisco, uma vez que o HCTP não seria o lugar juridicamente ideal, mas, ao mesmo tempo, Francisco “não teria condições de permanecer em uma unidade comum da internação psiquiátrica”.

Na seara da Infância e Juventude, o caso de Roberto Aparecido Alves Cardoso, conhecido como “Champinha”, inaugurou uma série de decisões cíveis para indivíduos que deveriam deixar a Fundação Casa, após o cumprimento das medidas socioeducativas, pois teriam atingido a idade máxima permitida por lei para permanecerem internados (21 anos).

Assim, em São Paulo, inaugurou-se, em dezembro de 2006, a Unidade Experimental de Saúde, local destinado a adolescentes com a decretação da internação compulsória, por, supostamente, serem indivíduos com transtorno mental, diagnosticados com “transtorno de personalidade”, que cometeram crimes graves e, portanto, “perigosos”.

Essas ações são propostas sem que se considere os efeitos da própria institucionalização sobre os indivíduos, a falta de cientificidade do conceito de periculosidade e da subjetividade que a verificação da cessação encerra e que diagnósticos são aplicados independentemente da história e contexto pessoal ou social do sujeito (RAUTER, 2003).

Portanto, seja no caso de Francisco, seja na área da Infância e Juventude, seja nas Ações identificadas em nossa pesquisa documental, a forma de atuação do Ministério Público, além de reforçar da ideia da existência de indivíduos “irrecuperáveis”, apresenta-se como aspecto limitador ao processo de transinstitucionalização, com vistas à desinstitucionalização.

Dessa forma, assim como ocorre na área da Infância e Juventude, as Ações de Internação Compulsória representam, conforme colocações de VICENTIN *et al* (2010a):

(...) uma forma de gestão dos chamados indesejáveis e perigosos marcado pelo recurso cada vez maior ao encarceramento em detrimento do investimento em políticas sociais e na radicalização da política punitiva como resposta ao aumento da desigualdade social, da violência e da insegurança. (VICENTIN *et al*, p. 66, 2010a).

Francisco, Roberto e Vilmar são indivíduos colocados nas eternas “zonas de espera”, que os imobiliza, por meio do discurso renovado de defesa social, no contexto do Estado Penal, em que as Internações Compulsórias são vistas como medidas repressivas necessárias, onde o encarceramento é considerado alternativa viável, diante da falta de políticas públicas sociais de Estado²⁶, representando, portanto, violação ao sistema de direitos humanos.

A entrevistada Melissa, profissional da saúde, aponta seu entendimento, sobre as internações compulsórias, que parece ser convergente às colocações de VICENTIN (2010a):

Então, essa lógica daquele que não tem autonomia a gente tranca num lugarzinho e fecha a porta, que ele não vai me dar trabalho. Essa lógica está intrínseca ainda em todo mundo. Para mim, [...] hoje se vou pensar no cuidado com alguém isso nunca vem na minha cabeça. Essa não é uma opção. [...]. Mas a lógica do trancar, da exclusão, através do poder, porque se eu te tranco, eu tenho poder e você não. As relações elas passam por relações de poder a todo tempo e o louco é aquele que não tem poder (Melissa, Coordenadora de Saúde Mental Municipal).

A fala de Melissa, como profissional da área da Saúde, traz sua visão: “pensar no cuidado” não pode ser pensado com a lógica do “trancar, excluir, através do poder”, forma como Melissa compreende as internações compulsórias.

A narrativa da entrevistada permite-nos desvelar seu posicionamento voltado, como profissional da saúde, às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e ao modelo de atenção psicossocial, em que cuidados à saúde não podem ser atrelados à falta de autonomia dos sujeitos e à exclusão social em espaços de internamento.

Os relatos de Thiago e Cristina, da área da Justiça, representam a visão punitiva e tradicional da cultura jurídica, estruturada em torno da ideia do perigo social do “louco infrator”, o paradigma jurídico-punitivo, (MUSSE, 2018), fazendo com que a periculosidade seja compreendida como fundamento para o ingresso das Ações de Internações Compulsórias com Interdição, após a extinção da medida de segurança.

A narrativa de Melissa, da área da Saúde, descortina a possibilidade de reflexão sobre o paradigma de direitos humanos (MUSSE, 2018), caracterizado pela

²⁶ As políticas públicas de Estado não podem sofrer quebra de continuidade ou serem delegadas e terceirizadas, uma vez que visam a 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 (AITH, 2006).

compreensão do indivíduo como detentor de direitos individuais, coletivos e difusos, em que o direito à saúde em sua tripla dimensão (biológica, psicológica e social) é condição essencial para o exercício da cidadania.

Nesse sentido, a aprovação da Lei 13.146/15, denominada Estatuto da Pessoa com Deficiência, após a ratificação pelo Brasil da Convenção Internacional sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (Convenção de Nova Iorque), Tratado Internacional de Direitos Humanos, representa uma mudança de paradigma, uma vez que ela prevê a avaliação psicossocial.

Entretanto, a sua aplicação na seara das medidas de segurança é assunto polêmico, diante do uso da expressão “deficiência²⁷”, o que excluiria os “loucos infratores” da proteção legal da nova legislação.

A lei 13.146/15 é legislação infraconstitucional e aprovada com base Convenção de Nova Iorque, Tratado Internacional de Direitos Humanos e incorporado ao nosso ordenamento jurídico, com status constitucional e, portanto, o referido Tratado é o texto original e inspirador para a realização da interpretação da expressão “deficiência”.

Conforme as considerações realizadas por SILVA (2015) o texto original da mencionada Convenção utiliza o termo “desabilidade”, que foi traduzido para o português como “deficiência”, porém o termo original “disability” parece abranger muito mais pessoas “em situação de desvantagem para o exercício da cidadania”, uma vez que tal expressão estaria atrelada não só à ideia de deficiência, mas à noção de dano ou prejuízo ligadas a barreiras físicas ou atitudinais/comportamentais (SILVA, 2015, p.142-143).

Portanto, a autora conclui que o uso da expressão “deficiência” deve sempre ser empregado no sentido de “desabilidade”, como forma de impedir que as garantias de direitos previstas na Convenção não sejam aplicadas a alguns dos diagnósticos de transtorno mental, como nos casos de esquizofrenia (SILVA, 2015).

A incorporação de Tratados Internacionais de Direitos Humanos ao nosso ordenamento jurídico, como é o caso da Convenção de Nova Iorque, lhe garante o

²⁷ Segundo a lei 13.146/15, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

status constitucional e, portanto, as normas infraconstitucionais, como o Código Penal, deveriam estar submetidas a essas novas regras internacionais.

Segundo as diretrizes da Lei 13.146/15, denominada de Estatuto da Pessoa com Deficiência, a avaliação da “desabilidade” será realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, na perspectiva da visão biopsicossocial e considerará os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo, os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, a limitação no desempenho de atividades e a restrição de participação.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, incorporada pela legislação nacional, amplia o olhar sobre o conceito de pessoa com deficiência, trazendo a abordagem biopsicossocial, que considera a “desabilidade” como síntese entre visões biológicas, individuais e sociais, ou seja, a “desabilidade” não se dá em um sujeito, mas sim em um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social (SILVA, 2015 e MUSSE, 2018).

Nessa perspectiva, as Ações de Internação Compulsória com Interdição foram pautadas em um paradigma jurídico-punitivo, próprio do processo penal, que não se coaduna com o paradigma de direitos humanos, pautado na tripla dimensão do indivíduo, que implica realização de avaliação psicossocial, englobando os aspectos biológicos, psíquicos e sociais, sem reduzir a indivíduo a nenhum deles.

Nessa perspectiva, a referida lei estabelece que a pessoa com “desabilidade” tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas e a curatela será medida protetiva extraordinária, proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, e durará o menor tempo possível.

A curatela só poderá afetar, segundo a referida legislação, os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial, não alcançando o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

Dessa forma, as Ações de Internação Compulsórias com Interdição representam a continuidade do cumprimento da medida de segurança, pois são fundamentadas nos pilares jurídico-penais da periculosidade e do discurso da defesa social, com base em laudos psiquiátricos, reforçando a tradicional aliança entre Psiquiatra e Direito, a partir da concepção determinista biológica do indivíduo,

desconsiderando os atuais ditames legislativos pautados em laudos psicossociais e a necessária observação dos fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, que envolvem o amplo conceito de “desabilidade” e, assim, configura-se como uma prática jurídica que deve ser compreendida no contexto do Estado Penal, em medidas repressivas que “sequestram sujeitos, violam direitos e produzem cronificação” (VENTURINI, 2016, p. 332).

5.2.1.1 – As ações de Internação Compulsória e a divergência entre os laudos psiquiátricos e os relatórios multidisciplinares

As Ações de Internação Compulsória com Interdição foram propostas com base em laudos de cessação de periculosidade realizados nos HCTPs. Em nossa pesquisa documental, traçamos as trajetórias de Jairo, Milton e Ailton, transferidos para Hospitais Psiquiátricos Comuns, locais que elaboraram relatórios multidisciplinares, anexados aos processos, que passaram a retratar esses indivíduos de maneira diversa daquela dos laudos.

Em relação às diferenças entre os documentos que passam a retratar tais indivíduos, o entrevistado David apresenta o seguinte relato:

O primeiro ponto, na questão de saúde, a saúde já rompeu com esse sistema de institucionalização. Então, o primeiro ponto é não estar num lugar institucional, romper o espaço de confinamento. Passar pela territorialidade, família, território, sociedade, a própria pessoa envolvida. Até porque não acredito em ressocialização, jamais usaria esse termo, mas no espaço mesmo de cuidado, de saúde, proteção. Mas como [os profissionais da saúde] fazer isso em um espaço que não é o seu, em um espaço de exclusão. Então, um grande problema seja profissionais da saúde vinculados à própria Secretaria de Administração Penitenciária e não à Secretaria do Estado de Saúde.

O laudo [do HCTP] diz: “pessoa com graves comportamentos sexuais, problemática em relação a delitos”. Qual foi o momento que fundamentou isso? Isso é anterior, faz parte do passado. O laudo tem que ser recente. A pessoa ficou no HCTP ficou 17 anos e o último laudo diz isso, sendo que o crime ocorreu há, pelo menos, 17 anos. Falar de coisa recente é o mínimo do mínimo. No ambiente da saúde, o laudo falou: “Está orientado, comunicativo”, ou seja, é um laudo que está sendo feito de uma pessoa que está sendo avaliada. Não há o preconceito do que essa pessoa fez antes. (David, Defensor Público).

Para David, a questão central está na vinculação dos “profissionais da saúde à própria Secretaria de Administração Penitenciária”, pois estão em um “espaço de exclusão” e não no “espaço do cuidado, de saúde, de proteção”, como pressupõe ser o da saúde.

Dessa forma, para David, o laudo de cessação, elaborado no ambiente carcerário, mostrará uma visão preconceituosa do “louco infrator”, pois é pautado no passado criminoso dos indivíduos. Nos relatórios há uma avaliação do indivíduo pelo seu estado atual de saúde.

A visão do entrevistado é de que possam existir diferentes “olhares” para a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. O entrevistado não questiona a possível veracidade de cada um dos documentos, mas desvela seu entendimento de que o resultado da avaliação depende da perspectiva adotada pelo profissional.

Contrapondo-se ao relato de David, a entrevistada Cristina asseverou:

Por parte da Secretaria de Estado da Saúde havia algumas posturas inadequadas. Por exemplo, a gente pegou e tirou do Hospital de Custódia. Foi para o hospital geral, o Hospital com leito psiquiátrico. Chegou lá o Hospital fez um laudo maravilhoso da pessoa, logo depois de um tempo. [A Promotoria] não liberava até a perícia do perito oficial. Por quê? Porque o Estado fazia isso para se ver livre do paciente, não é porque o paciente estava bom de verdade, tanto que na sequência veio outro laudo falando “Pelo amor de Deus, a gente não tem condição de ficar com ele aqui, ele é muito perigoso”. Vinha um laudo bom do hospital na sequência, mas na verdade era só para se ver livre do paciente. Não é porque a pessoa estava bem mesmo, tanto que na sequência às vezes nem vinha um laudo, vinha um ofício, uma comunicação do hospital, falando assim “Tira ele daqui, pelo amor de Deus, ele está causando, ele ameaça a segurança dos funcionários e dos outros pacientes”. E eles faziam isso (Cristina, Promotora de Justiça).

Cristina, em seu relato, apresenta questão controversa em que se encontra o “louco infrator”, quando questiona a validade de relatórios elaborados pelos hospitais psiquiátricos, por considerá-los inconsistentes ou subjetivos, ao que parece pelas dificuldades em acolherem os “detentos pacientes” e considerando a maior neutralidade dos laudos que seriam emitidos pelos peritos oficiais. A entrevistada questiona o “laudo maravilhoso” elaborado pela área da Saúde por seu conteúdo.

Nesse sentido, ao lançar dúvida sobre a veracidade dos relatórios emitidos pela área da Saúde, uma vez que representariam um desejo de não estarem com esses pacientes, destaca a necessidade da realização de avaliação psiquiátrica, feita por perito oficial, como forma adequada de obtenção de uma pretensa verdade.

Em termos jurídicos, o denominado laudo pericial é o parecer escrito e fundamentado sobre determinada matéria, elaborado por árbitro ou perito, nomeado pelo Juízo, podendo responder a quesitos do juiz e das partes do processo. Assim, o laudo pericial é o documento jurídico-processual necessário a ser anexado para a determinação da interdição ou para a consideração da cessação da periculosidade.

Dessa forma, no regime jurídico instituído, o laudo pericial apresenta-se como o documento que representaria a veracidade dos fatos, por ser elaborado por uma autoridade técnica de confiança do juiz. Como observa FOUCAULT (2001a):

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns dos outros; as técnicas e procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 2001a, p. 52).

(...)

Há um embate “pela verdade ou, ao menos “em torno da verdade” – entendendo-se, mais uma vez, que por verdade não quero dizer “o conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou a fazer aceitar”, mas o “conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder”; entendendo-se também que não se trata de um combate “em favor” da verdade, mas em torno do estatuto da verdade e do papel econômico-político que ela desempenha (FOUCAULT, 2001a, p. 53)

(...)

A “verdade” está circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apoiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem. “Regime” da verdade. (FOUCAULT, 2001a, p. 54)

Nesse sentido, as técnicas e procedimentos jurídicos atuais exigem a realização de laudos periciais e na seara das medidas de segurança o parecer psiquiátrico é considerado necessário para a verificação ou cessação da periculosidade.

Nas Ações de Internação Compulsória, previstas na lei 10.216/01, exige-se a elaboração de laudo médico circunstanciado, que deve ser compreendido como um documento que possibilite uma avaliação não meramente clínica, uma vez que a Lei 10.216/01, é a lei que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, com superação do modelo asilar, o que implica na superação de uma visão meramente biologizante do indivíduo.

Para Cristina, o “regime da verdade” está circunscrito a uma avaliação psiquiátrica, nos mesmos moldes de elaboração do laudo de cessação de periculosidade, ainda que as Ações de Internação Compulsória não estejam mais sob o regime jurídico da legislação penal, mas sob a égide da legislação sanitária, que propõe, como afirmado, a superação do paradigma asilar.

Cristina, como membro do Ministério Público, órgão que ingressa com as Ações de Internação Compulsória, parece desvelar seu posicionamento tradicional baseado no saber psiquiátrico que, em relação, ao “louco infrator” ainda está atrelado à periculosidade.

David, enquanto membro da Defensoria Pública, desvela sua aproximação dos ideais da Reforma Psiquiátrica, o que implica romper com o “passado criminoso”, isto é, com a eterna vinculação entre o passado dos indivíduos como forma de se realizar uma pretensa prognose.

O excessivo apego jurídico ao exame de cessação de periculosidade e a consideração do saber psiquiátrico que ele encerra, considerado em suas bases objetivistas, como verdade científica, nos leva à problematização da manutenção da aliança entre direito e psiquiatria, que ainda produz seus frutos no campo jurídico no Brasil (RAUTER, 2012, p. 70), revelando-se em práticas institucionais e em práticas discursivas, como podemos observar na propositura das Ações de Internação Compulsória e na fala de Cristina.

5.2.2. Sobre a transinstitucionalização e seus processos: a desinternação condicional

Sobre a desinternação, a imposição de suas condições e implicações presentes, alguns dos sujeitos da pesquisa teceram algumas narrativas, a exemplo de Thiago, Juiz de Direito, a seguir apresentada:

(1)Eu vejo casos em que [a pessoa] deixou de comparecer em juízo, muitas vezes morador de rua e o juiz do interior reestabelece a internação e volta o [processo para a Comarca da Capital].

(2)[Por isso, a importância] da competência centralizada, pois o não comparecimento jamais, em lugar algum, razoavelmente, proporcionalmente justificaria o reestabelecimento de uma internação.

(3)Porque a internação para você impor e reestabelecer, que é a mesma coisa, você tem que ter uma análise técnica que é o laudo psiquiátrico.

(4)E a maioria dos juízes do interior fazem esse reestabelecimento sem ter o suporte psiquiátrico e o pior sem ouvir a defesa. Então, [na Capital] há uma equipe de psiquiatria, que atende as questões importantes e primordiais e já faz a avaliação.

(5) Tem caso que [a internação precisa continuar, pois não cessou a periculosidade], mas 99% dos casos não [haveria] justificativa para o reestabelecimento, então, [deve-se analisar, se é caso de desinternação de novo ou de declarar extinta a medida de segurança].

(6)[Esses casos estão] nessa fase, nesse processo de regularização, digamos, regularização geral (Thiago, Juiz de Direito).

A narrativa de Thiago, como Juiz, revela seu entendimento de que o descumprimento das condições durante a desinternação e o reestabelecimento da medida de segurança de internação deve guardar proporcionalidade, na medida em que afirma que o não comparecimento em juízo justificaria, “em lugar algum”, o reestabelecimento de uma internação”. Para o entrevistado, a reinternação está atrelada ao pressuposto da medida de segurança, que é a periculosidade, afirmando a necessidade da realização da “análise técnica que é o laudo psiquiátrico” (parágrafos 1 a 3).

Thiago constata que a “maioria dos juízes do interior” reestabelece a internação “sem suporte psiquiátrico”, o que, segundo seu entendimento é um pressuposto da internação, e “o pior sem ouvir a defesa” (parágrafo 4), o que permite descortinar que para Thiago, durante o período de desinternação condicional, ocorrem violações a direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, como a ausência da nomeação de defensores e a reinternação sem a observação do denominado princípio da proporcionalidade.

O entrevistado David, em seu relato, evidencia o seu entendimento do que a desinternação condicional representaria, nos moldes como tem sido operacionalizada:

Transformou-se a desinternação em medida de segurança, uma nova modalidade de medida de segurança. Exatamente como se criasse uma modalidade de medida de segurança de tratamento ambulatorial. Era internação e agora é tratamento ambulatorial. A desinternação condicional, é basicamente como se fosse um internamento condicional. Se prorroga. (David, Defensor Público).

Para David, o período de desinternação condicional representa uma nova modalidade de medida de segurança, operacionalizada na mesma lógica das internações, diante das “prorrogações” que ocorrem nesse período e que representariam, em tese, sua indeterminação, fazendo com que ele denomine esse período como “internamento condicional”.

Quanto a Amanda, outra entrevistada, sua consideração é a de que a situação de vulnerabilidade econômica e social dos indivíduos representaria o motivo para o não cumprimento das condições impostas, conforme podemos observar em seu relato:

(1) Pessoas que vão, ficam um tempo em acompanhamento e, por algum deslize, por menor que seja: não assinou todos os dias que foram requisitados, porque você pode ter um acompanhamento diário, pode ter um acompanhamento semanal, quinzenal, ou mensal, se a pessoa tem uma recorrência de faltas desse acompanhamento, isso já é motivo suficiente para fazer com que ela volte.

(2) E, às vezes, tem uma questão muito prática da pessoa não ter mesmo condições de se transportar diariamente ou semanalmente para o CAPS para fazer esse acompanhamento. Tem uma série de coisas que podem explicar o porquê dessa pessoa não ter ido.

(3) E, ainda assim, é justificativa suficiente para que ela volte para o HCTP (Amanda, Integrante de ONG).

Amanda destaca, em sua narrativa, o que tem sido considerado pelo Poder Judiciário como justificativa para as reinternações, relacionando-se às dificuldades cotidianas dos sujeitos desinternados, ressaltando as de ordem financeira.

Os relatos dos entrevistados permitem desvelar que o período de desinternação condicional tem sido compreendido, sobretudo, como um período em que ocorrem violações a direitos constitucionais das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, assim como constatamos na pesquisa documental.

Em suas narrativas, os entrevistados ressaltaram, sobretudo, alguns aspectos, do que identificamos como um sistema de inversão de proteção de direitos humanos para um sistema de violação de direitos humanos (ANDRADE, 2012), sobretudo, os seguintes aspectos representativos dessas violações:

- a) O período de desinternação condicional passa a durar mais de um ano, ao contrário do que determina a legislação penal, com “prorrogações”, o que foi

destacado por David²⁸, levando-o a designar esse período como “internamento condicional”;

- b) O descumprimento de qualquer condição, como a de não comparecimento em juízo, como motivo para a reinternação²⁹, como considerado por Amanda e Thiago;
- c) Ausência de nomeação de advogados para atuar na defesa dos indivíduos durante o período de desinternação³⁰, o que foi ressaltado por Thiago.

A Resolução nº 05, de 04 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, do Ministério da Justiça, que dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à lei 10.216/01, estabelece:

Os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de Justiça e Saúde e congregando os diferentes atores e serviços que compõem a rede.

(...)

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

(...)

Em caso de falta às consultas ou abandono de tratamento, os serviços locais de saúde deverão realizar visitas domiciliares com o fim de avaliar a situação e estimular o retorno do paciente ao tratamento (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2004, p. 02-03).

Dessa forma, as orientações normativas existentes elidem a reinternação pautada por mero descumprimento das condições impostas e determinam a articulação dos diferentes setores institucionais, para que exista a alta programada, o que, igualmente, não é realizado nos HCTPS paulistas, uma vez que, como afirmamos, o interno tem ciência das condições impostas na desinternação ao ser liberado do HCTP, sem que exista qualquer encaminhamento ao serviço extrahospitalar.

Nesse sentido, entendemos que a desinternação condicional representa uma liberdade condicional “piorada”, uma vez que a imposição de tratamento

²⁸ Casos de Marta, Silas, Danilo, Leonardo, Alex, Franciele, Saul, Ronaldo, Carlos, Osvaldo, Mateus, Miguel e Robson (indivíduos nº 01,02, 03, 04, 05, 06, 09, 10, 11, 12, 16, 17 e 18).

²⁹ Casos de Robson e César (indivíduos nºs 18 e 20).

³⁰ Casos de Marta, Silas, Saul e Leonardo (indivíduos nº 01,02,04 e 10).

ambulatorial fica adstrita aos inimputáveis, prevista como condição facultativa pelo legislador, mas tem se tornado a regra na seara das medidas de segurança.

Nas palavras do entrevistado David, a desinternação condicional representa, na verdade, um “internamento condicional”, pois o período de um ano previsto na legislação tem se estendido até a obtenção de novo laudo de periculosidade, sendo requisitado, inclusive, no caso de Silas e Franciele, apesar da alta médica obtida no serviço extrahospitalar, demonstrando que a lógica manicomial e punitivista, pautada na periculosidade, se mantém preservada.

As condições impostas para cumprimento durante a desinternação condicional, como a de comparecimento periódico em juízo ou de não mudar da Comarca sem comunicar o juízo, representam apenas uma forma de controle sobre os indivíduos, típica do Estado Penal, que além das suas “funções de captura”, passa a exercer a “função de observação” sobre as populações consideradas desviantes e perigosas, por meio de mecanismos multifacetados do sistema justiça penal, conforme considerado por WACQUANT (1999) e criando novas formas de controle social a “célula aberta” (RAUTER, 2012), exercido por outros setores, como o assistencial ou o sanitário.

As falas dos entrevistados Thiago e Amanda apresentam, em comum, a questão das reinternações dos indivíduos pelo descumprimento das condições impostas, o que configura a denominada “porta giratória” ou “revolving door”, caracterizando a “dinâmica da circulação” em “circuito”, conforme já exposto na introdução e na análise da parte documental (ROTELLI *et al*, 1990; DE LEONARDIS, 1998).

O relato de Amanda³¹ permite-nos refletir sobre a “dinâmica da circulação” e a produção dos “novos crônicos”, em que a cronicidade deve ser compreendida para além de uma concepção psiquiátrica, mas como resultado de problemas sociais, como a falta de trabalho e moradia, em que a “ausência de medidas concretas de ajuda na saída” (WACQUANT, 2011, p. 155) parece ser a realidade das pessoas desinternadas, reforçando a necessidade da importância ao acesso a benefícios como o “Programa de Volta para Casa”.

³¹ Casos de André, Otávio, Wilton, Cíntia e Mévio (indivíduos nº 22 a 26).

No Estado de São Paulo o mecanismo do “circuito” apresenta-se especialmente peculiar, diante da estrutura prisional relacionada ao encarceramento do “louco infrator” e da estrutura de funcionamento das Varas de Execuções Criminais, o que gera uma dinâmica diferenciada no fluxo das internações e desinternações relacionada ao local onde tramitam os processos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei: Capital ou Interior Paulista³²³³³⁴.

As pessoas advindas no Interior passam a vivenciar uma dinâmica de idas e vindas de seu local de nascimento/moradia para a Capital. Internados estarão sob a égide da Vara de Execuções Criminais da Capital, desinternados estarão sob a égide de uma das Varas de Execução Criminal do Interior, o que implica deslocamentos de território e entendimentos judiciais diversos na aplicação da legislação aos processos de execução de medida de segurança.

Os deslocamentos territoriais provocam um afastamento do interno de sua comunidade e família, o que dificultará ainda mais sua reinserção social, uma vez que os possíveis laços familiares e/ou comunitários existentes se tornarão cada vez mais

³² Os denominados processos do interior paulista referem-se aos que tramitam em qualquer cidade ou região metropolitana do estado de São Paulo, excluindo-se a Capital.

³³ Na Capital existe uma Vara Especializada para a apreciação dos processos de execução de medida de segurança, que concentra o julgamento dos casos relacionados aos indivíduos internados em qualquer HCTP ou Ala Psiquiátrica e tem competência para apreciar para os casos de desinternação condicional dos indivíduos que residam na Capital. Nos casos em que as pessoas residam em local diverso da Capital, o processo será deslocado para a Comarca de residência do interno somente na fase da desinternação condicional. Caso exista a sua reinternação, os processos do interior voltarão a tramitar na Vara de Execução da Capital. Na estrutura prisional, além da existência dos 3 HCTPS, que funcionam de acordo com um sistema de progressividade da pena, há a instalação das Alas Psiquiátricas destinada a presos provisórios, havendo uma Ala específica destinada a indivíduos advindos do interior, cujo principal objetivo é a realização da perícia psiquiátrica para verificação da periculosidade. Dessa forma, com a instauração do incidente de insanidade mental, os presos do interior são transferidos para a Ala Psiquiátrica existente no interior da Penitenciária III de Franco da Rocha ou no CDP da mesma cidade. Como já ressaltamos, em tais locais aguardam por uma vaga nos HCTPs, caso sejam considerados inimputáveis. Com a decretação definitiva da medida de segurança de internação existirá o início do processo de execução dessa medida, enquanto internados, o processo tramita na Vara da Capital. Ao serem desinternados e residirem no Interior, os processos de execução serão transferidos para uma Comarca do Interior.

³⁴ Como vimos na parte documental, os diferentes entendimentos do Poder Judiciário, embora sejam parte da atividade jurisdicional, representam, especialmente na seara da medida de segurança, uma espécie de “loteria” em que o destino do “louco infrator” está atrelado a decisões judiciais completamente divergentes, umas das outras, sendo que nas Comarcas do Interior parecem ocorrer um maior número de decisões violadoras de direitos, ainda que a noção de periculosidade permeie todo o sistema de justiça criminal. Além disso, a Comarca da Capital conta com o funcionamento estruturado da Defensoria Pública, que nem sempre atingirá as pequenas Comarcas do Interior, fazendo necessário repensar a assistência jurídica nesses locais.

fragilizados, sobretudo, se considerarmos a dificuldade das famílias para a realização das visitas, quando existentes.

Assim, o círculo vicioso de desinternações e (re)internações levam a um constante processo de desterritorialização, que apenas reforçará a ideia de que o HCTP seja o único local possível para a permanência desses indivíduos, como o ponto de convergência nas suas trajetórias de vida e processuais, vistos, assim, como pessoas à margem da sociedade, assim como à margem do sistema de justiça, como “pária entre os párias” (WACQUANT, 2001) ou “resíduo institucional” (DE LEONARDIS, 1998).

5.2.3. Os Lugares da Saúde na Transinstitucionalização

Na análise da pesquisa documental identificamos que as decisões de desinternação condicional, que impõem a condição de tratamento ambulatorial em CAPS, cresceram, sobretudo, a partir de 2014.

Observamos, que em 6(seis) casos (23% dos processos de execução criminal analisados) os sujeitos estavam cumprindo a condição de tratamento ambulatorial. Já nos casos de Saul, Ismael, Marcela, Miguel e Robson (indivíduos nº 10,13, 14, 17 e 18) o não cumprimento dessa condição implicava reinternação. Tais dados apontam a importância do papel do CAPS nessa dinâmica da transinstitucionalização.

Na análise sobre casos de desinternação, entre os anos de 2012 e 2013, PRADO e SCHINDLER (2017) constataram, igualmente, a imposição da condição de tratamento ambulatorial no CAPS, apontando que apenas 4(quatro) indivíduos, do total de 17(dezessete), conseguiram vagas nos serviços substitutivos em meio aberto para serem desinternados, diante da resistência dos setores da saúde em receberem indivíduos advindos dos HCTPs.

Diante da forma como a condição de tratamento ambulatorial é operacionalizada pudemos observar, por parte de nossos entrevistados, relatos reflexivos sobre o papel do CAPS nessa dinâmica.

Em relação ao papel do CAPS, o entrevistado Thiago relata:

[Os funcionários do CAPS] São extremamente receptivos. Muitas vezes eu vejo que é falta de comunicação e informação, mas o processo é longo. São Paulo é muito grande. São Paulo é um país, então até você conseguir a integração da rede inteira é difícil, mas a gente não para, todo dia a gente pratica um ato nesse sentido. Então, hoje, há integração, eu recebo relatórios, os CAPS participam, atuam, fiscalizam, dão atendimento, dão tratamento, é uma maravilha. Eu vejo tudo de bom, muito mesmo (Thiago, Juiz de Direito).

A função atribuída aos CAPS, por Thiago, é uma visão, por um lado, de um local que teria a “função de tratamento” e, por outro lado, a “função burocrática e disciplinar”, pois seria um local que emite relatórios a serem enviados ao Juízo e exerce, assim, a função de fiscalização do cumprimento da condição imposta de tratamento ambulatorial.

O relato de David parece se opor a essa visão, narrando:

O indivíduo vai para o CAPS, mas com a interferência do Poder Judiciário, porque o CAPS, nesse tratamento ambulatorial, vai emitindo pareceres para o juiz e a forma como se pedem esses relatórios para os profissionais, que trabalham no CAPS, são absolutamente avessos à política de assistência social e de saúde. Então, são vários problemas em relação a isso. Então, de fato, resumindo, não deveria existir a desinternação condicional com essa ida para o CAPS (David, Defensor Público).

Em sua fala, David pondera que os relatórios e pareceres exigidos pelo Poder Judiciário durante a desinternação condicional são “avessos” à “política de assistência social e de saúde” em que os CAPS se encontram inseridos.

Nesse mesmo sentido, as entrevistadas Priscilla e Melissa, da área da saúde, relatam:

Quem faz o projeto terapêutico singular e o que o sujeito precisa e tudo mais é a equipe do CAPS, mas não na lógica penal. O sujeito vai ter que responder o Juiz da área de Execução Penal e isso é um complicador, ao meu ver, porque ele ainda está subordinado a uma lógica de desinternação, como se fosse uma pena progressiva. E quem dá a alta é o juiz (Priscilla, Psicóloga).

Nosso fluxo é todo comandado pelo Judiciário. Então, essa equipe de agora está fazendo essa reflexão do que é que da saúde e o que é do Judiciário, sabe assim? [...] “Não, nós não somos os agentes executores [de medidas judiciais], nós somos do cuidado e da assistência”, enfim, então fica uma questão (Melissa, Coordenadora de Saúde Mental Municipal).

Em seu relato Priscilla entende que o CAPS realiza determinadas atividades, como elaborar o “projeto terapêutico singular”, mas não na “lógica penal”, o que aponta para a ideia de que o “olhar” da equipe do CAPS, segundo se infere, não é a lógica da punição ou da “periculosidade”, mas é o “olhar do cuidado, da assistência”.

Melissa, em sua narrativa, realiza a mesma reflexão da entrevistada Priscilla e permite-nos apontar seu posicionamento crítico diante das determinações judiciais que, segundo seu relato, tem comandado o fluxo operacional dos equipamentos de saúde, afirmando que o profissional da saúde atua como profissional “do cuidado e da assistência”, questionando os limites que o Poder Judiciário deve ter sobre tais profissionais.

RAMMINGER e BRITO (2011, p. 158) relatam a experiência vivenciada por uma equipe do CAPS, diante dos encaminhamentos judiciais para tratamento ambulatorial, situação que refletiria a inexistência de demanda, uma vez que “a pessoa não quer se tratar”, mas a equipe é obrigada a atender, situação em que a equipe busca dar algum sentido terapêutico ao tratamento realizado.

A ingerência do Poder Judiciário subverte o papel histórico do CAPS, no contexto da Reforma Psiquiátrica, uma vez que, o “controle da Justiça interfere na lógica do cuidado que pode ser ofertado pelo serviço” (BARROS, 2018, p. 103) e exige dos profissionais a gestão de “diferentes normas (jurídicas, do serviço, da clínica, do usuário) e valores (atribuídos ao uso de drogas, ao cuidado, à punição)” (RAMMINGER e BRITO, 2011, p.158).

BATISTA (2012, P. 220) afirma que Wacquant descreve esse fenômeno de “policização” dos programas de assistência social no Estado Penal, ao considerar:

O novo governo da insegurança social implementado nos Estados Unidos e oferecido como modelo para outros países avançados requer tanto um deslocamento do braço social para o braço penal do Estado (detectável na realocação de orçamentos públicos, de pessoal e de prioridade discursiva) quanto a colonização do setor assistencial pela lógica punitiva e panóptica, características da burocracia penal pós-reabilitação (WACQUANT, 2015, p. 08).

Em termos interpretativos, a ingerência do Poder Judiciário sobre o CAPS, ao atribuir-lhe função fiscalizatória do cumprimento de medida judicial subverte seu papel histórico, pensado como lugar, exclusivamente, de cuidado e acolhimento, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Ao atribuir-lhe essa função, o CAPS passa a

funcionar com a mesma lógica dos HCTPS, como local híbrido, em que as funções custodiais e de saúde se entrelaçam. Assim, a lógica do “hospital-prisão” (CARRARA, 1998) amplia-se para o CAPS, como “equipamento extrahospitalar-fiscalização”, desvirtuando seu propósito e afetando a necessária autonomia dos profissionais e usuários.

O CAPS é o equipamento central de articulação e integração da Rede de Atenção Psicossocial, a partir do levantamento das necessidades e demandas dos usuários (não mais denominados como pacientes). Mas não é só. O CAPS é o local de atenção diária, com atuação no território, que recepciona e acolhe o usuário e sua família, visando o seu cuidado integral.

A tarefa de levantar necessidades e demandas do usuário implica a compreensão do contexto econômico social em que ele está inserido, suas relações afetivas e familiares, seus projetos para o futuro e, para isso, é preciso estabelecer relações, uma vez que “o trabalho em saúde é sempre relacional, pois depende do trabalho em ato” (YASUI, 2010, p. 138).

Estabelecer relações envolve acolhimento, que perpassa, desde as atitudes e gestos realizados na recepção do usuário e se renova em cada atendimento, individual ou coletivo, mas sempre com espaços de escuta ativa e na busca de estabelecimento de vínculos, que só serão construídos, com confiança.

O caráter fiscalizatório interfere na possibilidade do estabelecimento de relações pautadas na confiança, que perpassam pelo caráter da confidencialidade que permeiam as relações entre os sujeitos e os profissionais da equipe multidisciplinar.

Cuidar em saúde, significa romper padrões, conforme colocações de YASUI (2010):

Cuidar em saúde, significa pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença. Significa romper com uma racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas centradas na doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e de orientação biologizante. (...) Cuidar é montar, tecer projetos de vida. É uma relação (YASUI, 2010, p. 135).

O CAPS, como lugar de cuidados em saúde, conforme mencionado pelos entrevistados David, Priscilla e Melissa, é mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança de assistência, que rompe com a hegemonia do saber psiquiátrico e a

centralidade da doença perante o indivíduo, buscando criar projetos de vida e, portanto, seu olhar contempla o “devir”, para o sentido da vida, uma vez que está voltado para o futuro.

Os processos criminais, ao determinarem o cumprimento da condição de tratamento ambulatorial e determinarem a sua prorrogação, continuam centrados na vaga ideia de periculosidade e, portanto, em diagnósticos psiquiátricos, na doença e, como já vimos, ao “passado criminoso”.

Como vimos na abordagem na pesquisa documental e reiterada na fala de Thiago, exige-se do CAPS a elaboração de relatórios, que atestem o comparecimento ou a adesão ao tratamento por parte do indivíduo, o que deve ser respondido, em termos objetivos: está cumprindo, ou não, portanto, atribui-se ao CAPS uma função de fiscalização de medidas judiciais.

No processo de Saul, conforme visto na pesquisa documental, em resposta à determinação judicial, o CAPS local enviou o seguinte relatório:

Saul (...) reside na comunidade X onde foi acolhido e considera-se em tratamento. Após atendimento de retomada de tratamento neste setor, paciente foi encaminhado para acompanhamento em grupo terapêutico semanal com início em 06 de dezembro de 2017 e aguarda avaliação médica, no entanto, não compareceu. No momento aguardamos adesão.

Diante da resposta do CAPS, o juiz determinou a intimação de Saul para comprovar a “submissão” a tratamento ambulatorial.

Portanto, apesar do relatório do CAPS considerar Saul “em tratamento”, o juiz o intima para dar cumprimento à condição imposta. De um lado, o CAPS é visto, pelo juiz, nessa dinâmica, ao que parece, apenas como um órgão que emite relatórios comprobatórios de comparecimento para o cumprimento burocrático de uma condição imposta em um processo, por outro lado, Saul é visto, pelo juiz, apenas como sentenciado obrigado a cumprir suas obrigações processuais, sob pena de ter seu “benefício” revogado.

Assim, a desinternação condicional adquire contornos de medida de segurança, como sanção penal, ou como dito pelos nossos entrevistados, torna-se uma espécie de “pena progressiva”, embora a medida de segurança ainda se mantenha sob o discurso de constituir-se como medida terapêutica, como vimos em acórdãos e decisões judiciais.

Nesse sentido, é importante frisar que no PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator- do Estado de Goiás, que já reorientou o modelo de assistência às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, superando a realização dos exames de periculosidade, as equipes do CAPS possuem total autonomia para o tratamento, sem depender de decisões judiciais para encaminhamentos importantes:

Com autonomia para ministrar o tratamento, as equipes psicossociais dos CAPS ou das unidades de internação determinam e colocam em prática a melhor terapêutica, acompanhados de perto pelos profissionais do PAILI, cuja atuação é marcada pela interlocução e integração com toda a rede de atenção em saúde mental. Essa liberdade de ação de que dispõem os profissionais da saúde facilita ainda para a quebra de resistências ao acolhimento de pacientes do Programa, pois, com autonomia para o tratamento, não permanecem na dependência de decisões judiciais para encaminhamentos importantes como, por exemplo, nos casos de desinternação e encaminhamento do paciente para a família ou para uma residência terapêutica. Evitam-se, pela mesma razão, internações de longa duração por vezes caracterizadoras da perpétua privação da liberdade do paciente que, longe de seus laços afetivos e familiares, acabava se institucionalizando (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS, 2009, P. 18, *grifos nossos*).

Nesse sentido, a autonomia dos profissionais do CAPS é condição essencial para o estabelecimento de um tratamento baseado no respeito, no diálogo, na escuta qualificada, o que pressupõe uma relação de confiança entre os usuários e equipe, fazendo com que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei possam sentir-se acolhidas no serviço e não “fiscalizadas”.

A necessidade da propositura de Ações judiciais pela Defensoria Pública para a obtenção de vagas em Hospitais Psiquiátricos e, posteriormente, encaminhamento às Residências Terapêuticas, bem como a dificuldade de acesso dos egressos dos HCTPs a esses equipamentos, como observamos na trajetória de João, podem ser observados nos seguintes relatos reflexivos dos entrevistados Thiago, Cristina e David sobre a questão.

Segundo a narrativa de Thiago:

Houve um erro histórico na programação de construção [das residências terapêuticas], justamente para atender essa população que vem pela desinstitucionalização. [...] Mas, hoje, nós temos mais de 100 pessoas potencialmente passíveis de submissão à residência terapêutica, que ocupam vagas em hospital de custódia. Isso é grave, isso é sério que estou falando, mas [o Poder Judiciário] junto com a Secretaria da Saúde estão na tentativa de construção da rede de residência terapêutica (Thiago, Juiz de Direito).

O relato do entrevistado aponta, com base em sua experiência profissional, como “erro histórico” a falta de planejamento na construção das residências terapêuticas, o que trouxe como consequência a falta de vagas para internos dos HCTPs, que aguardam vagas para serem transferidos para esses equipamentos.

A questão da falta de planejamento na construção das residências terapêuticas encontra-se, igualmente, no relato de Cristina:

Sem prejuízo [da propositura das ações de internação compulsória] [ocorreu um trabalho] junto à Secretaria de Estado da Saúde para que essas pessoas do Hospital de Custódia fossem inseridas no senso da RAPS[Rede de Atenção Psicossocial]. Por quê? Quando foram feitas as previsões das construções das residências terapêuticas, as pessoas dos hospitais de custódia não tinham sido incluídas. Mas [...] a ideia não é que as pessoas ficassem nos hospitais psiquiátricos ou nos hospitais gerais em um leito psiquiátrico para sempre. [Deve existir] uma progressão no tratamento e [essas pessoas] devem ter um lugar para onde ir. Como nos Hospitais de Custódia, normalmente, os vínculos sociais e familiares eram rompidos, eu acredito que grande parte desses pacientes precisariam de residências terapêuticas. Então, o trabalho junto com a Secretaria de Estado da Saúde para que essas pessoas fossem incluídas no Censo, para a construção das residências terapêuticas. Hoje elas estão no Censo (Cristina, Promotora de Justiça).

Cristina relata a importância dos SRTs, considerando, sobretudo, o perfil dos internos dos HCTPs, com “vínculos sociais e familiares rompidos” e a relevância da inclusão dessa população no “Censo” sobre indivíduos Moradores de Hospitais Psiquiátricos promovido pela SES para que se pudesse planejar ações futuras, considerando esses indivíduos.

Na fala de David as questões de planejamento para a construção das residências terapêuticas são apresentadas:

São vários encaminhamentos em relação a isso [residências terapêuticas]. Há grupos de estudo e também há encaminhamentos práticos, em relação a essas situações de pessoas que estão no HCTP, sem medida de segurança, tentando residências terapêuticas para algumas pessoas, a partir de uma lista de pessoas próximas a essa situação de periculosidade da Secretaria de Saúde, pois o que a gente pensa é que é preciso ter um senso de territorialidade das pessoas que estão hoje no HCTP. Quem são essas pessoas, onde vivem? Para onde vão? A cidade comporta? Porque quem deveria ter feito isso é o Estado. Essas pessoas vão sair do HCTP um dia. Elas tem que ir para um local. Essas cidades para que elas vão, como vão recebê-las? Tem [cidades] que não tem residência terapêutica, outras cidades estão construindo. Se não, ficamos correndo para resolver o caso do fulano de tal e isso é desgastante, porque depois de muita luta você resolve um caso e ficam os outros. Então, vamos tentando trabalhar com uma estrutura em relação a isso até para que o Judiciário se envolva nessas políticas. Seria maravilhoso. Provavelmente, o grupo de trabalho faça uma reunião com o [representante do judiciário], que cuida de todas as medidas

de segurança e podemos colher excelentes, inclusive, haja mais conforto para que seja extinta a medida de segurança (David, Defensor Público).

David, em seu relato, aponta a necessidade de um planejamento estratégico, a partir do levantamento da realidade dos internos dos HCTPs e das cidades para onde eles deveriam ser transferidos, frisando a importância de grupos de trabalho interinstitucionais.

Os relatos de Thiago, Cristina e David denotam, por um lado, que os profissionais da área jurídica percebem a importância dos serviços residenciais terapêuticos para o processo de desinstitucionalização e a necessidade de planejamento, mapeamento da demanda e ações institucionais, bem como a importância da inclusão das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei nessas ações.

Por outro lado, permite desvelar uma falta de articulação entre os setores da Justiça, na busca de ações conjuntas para a resolução da questão, parecendo não existir informações compartilhadas entre as instituições a que cada entrevistado pertence.

A Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde estabeleceu que caberia aos Municípios a implementação da rede e aos governos estaduais e federais o apoio à implementação, cabendo ao Município a solicitação de verba ao Ministério da Saúde e, a partir daí, providenciar a casa com espaço compatível para a instalação da residência terapêutica, escolha da equipe mínima de suporte e envio da documentação para cadastramento junto ao Ministério da Saúde.

O repasse de verbas sem que as residências tenham sido implantadas, a existência de irregularidades no processo de implantação ou a falta de habilitação no processo para implantação tem gerado Ações Cíveis Públicas por parte do Ministério Público contra diversos Municípios, o que constitui um grande desafio para o processo de desinstitucionalização e o que tem sido observado não apenas no cenário paulista, diante das considerações de KOLKER(2016):

Tendo em vista que os pacientes com medida de segurança extinta também têm tido dificuldade para serem desinternados; que mesmo os que conseguem ser inseridos em serviço extrahospitalar de tratamento acabam permanecendo nos HCTPs por falta de acesso aos Programas de moradia e, que, inclusive quando são ajuizados Termos de Ajustamento de Conduta e Ações Cíveis Públicas, para garantir os seus direitos, poucos são os que conseguem vencer os obstáculos e ser efetivamente desinternados, fica

evidente que a questão só poderá ser resolvida no âmbito de um plano integrado de ações estratégicas para a desinstitucionalização em HCTPs e a atenção integral às pessoas com transtorno mental, em conflito com a lei (KOLKER, 2016, p. 221).

Prosseguir na crescente implantação e implementação de Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas é a opção passível de diferenciar favoravelmente o processo brasileiro da Reforma Psiquiátrica, em relação ao ocorreu em outros países, como os Estados Unidos, onde a Psiquiatria Reformada fez com que pessoas desospitalizadas passassem a morar nas ruas e/ou passassem a ser processadas judicialmente (WACQUANT, 2011; LOUGON, 2006), evitando, inclusive, os “circuitos transinstitucionalizantes”, conforme denominado por OLIVEIRA (2015) e BARROS (2018), assim como na permanência de indivíduos nos HCTPs à espera de vagas no Sistema Único de Saúde.

No atual desenho da Rede de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas são consideradas como estratégias de Desinstitucionalização e, de acordo com a Portaria nº 106, de 11 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde, são moradias inseridas na comunidade, que garantem o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A Residência Terapêutica constitui dispositivo fundamental ao processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, pois dentro dinâmica dos “circuitos transinstitucionalizantes” produz-se uma cronicidade relacionada, não apenas a aspectos psiquiátricos, mas agravada pelo contexto de vulnerabilidade econômica e social e pela passagem pelas instituições judiciais e penitenciárias (DE LEONARDIS, 1998).

Nesse sentido, a Residência Terapêutica deve constituir-se como espaço de moradia e de reconstrução de laços sociais e afetivos, promovendo iniciativas de geração de renda e trabalho e garantindo a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia e contratualidade de seus moradores, destacando-se a importância do Programa de Volta para Casa, nesse processo, enquanto estratégia de desinstitucionalização e como política pública de inclusão social.

5.2.4. Lugares e Olhares da Saúde

Nossa entrevistada Melissa teceu narrativas, ao falar dos CAPS e Residências Terapêuticas, sobre a história de indivíduos advindos dos HCTPs. A entrevistada narrou a história de Hélio, em atendimento no CAPS, a de Everaldo, em processo de transinstitucionalização, após cumprir medida de segurança no HCTP e ser transferido para o Hospital do Juquery, assim como a história de Eduardo, morador de residência terapêutica.

Embora não possamos mencionar o Município de Melissa, para evitar sua identificação, ela desenvolve suas atividades profissionais em uma cidade com 5(cinco) CAPS e 2(duas) Residências Terapêuticas, uma em funcionamento no espaço urbano e a segunda, em implantação.

Os funcionários realizam cursos e seminários voltados à temática da Reforma Psiquiátrica, promoção da saúde, entre outros.

Outro ponto a ser considerado é o de que não são todos os Municípios que possuem Residências Terapêuticas, e nem todas contam com egressos dos HCTPs. Além disso, alguns profissionais da área da Saúde apresentam resistência em falar sobre o “louco infrator”. Sobre sua experiência profissional com pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, a entrevistada teceu os seguintes relatos:

(1)Eu lembro de um menino, deve ter uns dez anos isso, ele devia ter uns 24 anos, quando chegou para a gente. E eu dizia: “Gente, ninguém atende sozinho, está saindo do Hospital de Custódia e é a gente que vai ter que acompanhar e tal”. Aí fui eu e a psicóloga atender. Ele tinha uma história de ter um surto, morar, enfim, numa região mais rural e aí ele foi matando algumas pessoas até ele chegar numa casa que ele queria chegar.

(2)E aí, eu acho que a fantasia da equipe e minha era assim: “É louco de verdade?”, porque tem uma história dentro da saúde mental que é assim: é louco ou está atuando?

(3)A gente da equipe estava implantando um CAPS aqui então, assim, era uma coisa muito nova, a equipe não tinha conhecimento técnico, que eu acho que isso é importante assim. Quando que sai? Quem que avaliou? Quem foi a equipe que viu?”, sabe assim, um pouco de técnica desse processo.

(4)E eu me lembro que durante muitos anos esse menino não foi atendido nunca sozinho, nunca, porque a gente tinha medo.

(5) E atendia essa mãe, que era uma mãe maravilhosa, eu falo: “Gente, se todas as mães fossem como a dele”, uma senhora simples que não sabia ler e que sabia da vida e das relações humanas e de tudo. Ela olhava aquele menino com uma responsabilidade.

(6)As coisas foram acontecendo de um outro jeito, que essa parte da história não aparece, a equipe mais nova, que está cuidando dele não sabe, ficou em algum lugar.

(7)Então, esse lado do que é louco ou do que não é louco ela fica em outro plano. Quando você coloca aquela pessoa na sua frente e não a loucura, e não o preconceito do perigo, do louco perigoso, quando você coloca ele, que acho que é a proposta do cuidado, hoje, em Saúde Pública, não só da saúde mental: é eu olhar para você, eu não vou olhar para sua doença, você vai entendendo que algumas coisas elas são muito menos importantes assim.

(8)Enfim, ele está ótimo, ele circula pelo CAPS, não tem nenhuma questão da equipe em relação a ele (Melissa, Coordenadora de Saúde Mental Municipal).

Melissa refere-se à existência de um medo inicial dos profissionais nos primeiros atendimentos relacionados aos indivíduos recém saídos dos HCTPs (parágrafos 1 e 4), momento da implantação do CAPS e sinaliza a importância de “conhecimentos técnicos” para os profissionais da saúde, como forma de superação das dificuldades encontradas no para atendimento desses indivíduos.

O relato de Melissa, ao contar-nos a história de Hélio, traz sua perspectiva de cuidado em saúde: olhar para o indivíduo e não para sua doença (parágrafo 7), aspecto relevante, pois o ato de cuidar encerra, conforme considerações de YASUI (2010), os seguintes aspectos:

Cuidar não pode ser apenas realizar ações visando tratar a doença que se instala em um indivíduo. Ou seja, o cuidador não é somente um profissional especializado que executa um conjunto de ações técnicas. O sujeito não se reduz a uma doença ou a uma lesão que lhe causa sofrimento. Cuidar remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro (YASUI, 2010, p. 122).

Esse “olhar”, que não reduz o indivíduo à doença ou ao rótulo “do perigo”, conforme dito pela entrevistada, seria o que teria permitido o acolhimento de Hélio e sua mãe naquele serviço.

No relato da história de Everaldo, essa nossa entrevistada tece a seguinte narrativa:

(1)Fomos ver o Senhor [Everaldo], sexta-feira, com uma história de anos de HCTP e foi interessante, porque a equipe do Hospital falou: “A gente não sabe direito quem ele é. Tem dia que ele é o Carlos, outro dia ele é o Everaldo. Ele é grande, se ele ficar nervoso, vai te agredir. Eu estava com a gerente da RT e com a gerente do CAPS e falei: “Nossa, será que pela primeira vez nesse processo de desinste (desinstitucionalização) a gente vai ter problema com morador? De maneio, de agressividade?”.

(2)Tem as questões cotidianas como tem nas casas, como tem de quem morou muito tempo em instituição tem tudo isso, mas são coisas que vão sendo manejadas, mas eu falei: “Será que vai vir com esse estigma da violência? Do crime? Será que é isso que vai ficar marca?”, porque a equipe não conseguia falar dele.

(3) *Aí a gente foi tentando entender e perguntou: “Mas ele já agitou alguma vez com vocês?” e eles responderam: “Não”. “Mas ele já agrediu alguém?” e a resposta foi não. Então, perguntei: Por que o medo? O que é que acontece?”.*

(4) *Os funcionários do Juquery falaram que tinham muitas pessoas lá e que só ficaram os velhinhos muito fofinhos, muito bonitinhos e ficaram os que eram egressos do HCTP, que eram os mais graves.*

(5) *De repente, começaram a ficar com muito poucas pessoas e a gente começou a juntar. Então, ele desceu para a ala dos velhinhos fofinhos, então...”. E eu perguntei: “Então o quê?”.*

(6) *Então, dentro da própria instituição existem esses pré-conceitos e essas questões. Então assim, ele não é risco, ele não é só periculosidade, mas mesmo assim na Instituição que ele está há três anos e ele nunca agrediu ninguém, ele nunca agitou, mas ainda vivem o fantasma de quem ele foi. Tudo bem, entendemos isso, vamos conhecer o Senhor [Everaldo].*

(7) *Um senhor deitado numa cama, dormindo naqueles hospitais horrorosos, uma ala, um quarto imenso, que não tinha forro, telhado. Imagina aquilo no inverno, às 11:30[...]Enfim.*

(8) *Eu disse: “Oi, Senhor [Everaldo]. Eu sou de [nome da cidade]” e ele me respondeu: “Eu também sou de lá, eu morei não sei aonde, no [...] perto da [...] há 35 anos”. Ele sabe de onde veio. E eu perguntei: “O senhor quer ir para lá?” e ele “Quero, mas eu quero ficar com a minha família” e fomos conversando, sem nenhuma alteração. Sabe assim? Nenhuma.*

(9) *E aí você fala: “Gente, de onde é o fantasma do medo do crime?”. Uma hora eu perguntei para a equipe: “O que é que ele fala? O que é que o Senhor [Everaldo] conta da vida? O que ele tem de perspectiva de vida? O que ele deseja?”, “Não, ele não fala isso, ele não fala nada com nada. Toda vez que a gente conversa é só uma questão super delirante”.*

(10) *“Mas eu conversei com ele agora, contei quem eu sou, ele contou quem ele é, eu contei de onde eu sou, ele contou de onde ele é, ele contou da história dele, perguntou da irmã, contou onde ele morava. Como assim?”.*

(11) *Por isso que eu falo assim, alguém vai ter que me provar que estar em uma instituição com muitas pessoas dá para tratar e cuidar de alguém, sabe assim, não vai. E eu estava lá com uma equipe teoricamente afetiva, cuidadosa, eram psicólogos, enfermeiros, que eu sei que estão olhando para aqueles sujeitos, mas será que eles conseguem olhar para 200?*

(12) *Então, agora a gente vai começar uma programação e um planejamento de como ele vem para cá, que é o tempo da casa da residência terapêutica ficar pronta.*

(13) *A gerente da RT vai começar a fazer fotos da casa e vai mandar para ele, vai mandar fotos das pessoas que vão morar na casa, porque ele tem uma questão que ele quer voltar para a casa da irmã. Então, temos que ir fazendo esses vínculos com ele, fazer essa aproximação.*

(14) *A família não vai receber e não manteve esses vínculos. E acho que tem uma história, aquela coisa de ele ter ido para o HTCP, porque ele fazia muitos assaltos e a família também lembra dele neste período do crime, do perigo e aí acaba que ninguém quer (Melissa, Coordenadora de Saúde Mental Municipal).*

Melissa, em seu relato sobre a história institucional de Everaldo, vivenciando o processo de transinstitucionalização, permite-nos apreender a relevância do conceito de território, uma vez que as primeiras perguntas realizadas por Melissa a Everaldo buscam identificar se ele, realmente, se identifica com aquele

Município, como aquele local em que estabelecem relações afetivas, conforme observamos nos parágrafos 8, 9 e 10.

Em geral, o conceito de território está relacionado como “como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos” (FURTADO, 2015, p. 08). Entretanto, parece-nos que para Melissa, o conceito de território está relacionado a uma acepção existencial que pode ser definida como aquele “constituído a partir da história pessoal de cada indivíduo”, denotando o espaço de construções simbólicas e de pertencimento (FURTADO, 2015, p. 07).

Em seu relato, uma pergunta feita a ele por Melissa apresenta-se para nós como bastante significativa: “O Senhor quer ir para lá?”, ao que ele responde: “Quero, mas eu quero ficar com a minha família”. Nessa narrativa, tem uma história sobre onde morou, sobre sua família e sobre seu futuro (parágrafos 8 e 10), o nos leva à reflexão de que cuidar “implica ouvir, fazer falar o sujeito e sua subjetividade, colocar a doença entre parênteses e olhar para a pessoa e a complexidade de sua existência” (YASUI, 2010, p. 139).

No relato da história de Eduardo, Melissa narra o que segue:

(1) O Senhor [Eduardo] foi exatamente isso: “Eu sou de ...”, e aí ele fala: “Eu também, eu moro não sei onde”, então assim, ele tem inclusive localização da casa dele, e uma história super difícil, surto psicótico, fazia uso de álcool, matou a irmã com uma machadada.

(2) Como é que a gente vai trazer essa pessoa para cá? Como é que essa família está em relação a isso? E muito diferente do que eu vivi, do que eu vi na verdade, vivi não, ouvi outros municípios dizendo das suas dificuldades, nós não encontramos nenhuma, nenhuma.

(3) A gente se preocupou com os trabalhadores da casa, a gente não pode não contar essa história, que a história é dele, como a gente conta de todos e eu não vou contar a dele, porque a história dele é essa. Então, a gente fez todo um preparo com a equipe.

(4) Nós não temos nenhuma questão até hoje, tem um ano que o Senhor [Eduardo] veio, eu não tive nenhuma questão com a equipe de dizer que está com medo.

(5) Ele é o único que vai lá, porque a chave fica na parede, ele é o único que vai, ele se responsabilizou por cuidar do portão, se alguém toca a campainha ele é quem vai e que abre. Ele é o dono da chave da casa. Ele é quem abre a porta para as pessoas. Ele é o que cuida da garagem. Os outros moradores da casa são muito pouco autônomos, por conta do tempo de institucionalização.

(6) E aí eu nunca vou esquecer porque a gente falou: “Poxa, se ele é tão autônomo porque é que ele não vai para a rua? Porque é que ele não tem vontade de passear?”, porque é uma residência terapêutica, ele pode ir para onde ele quiser.

(7) E aí a gente foi perguntar para ele. E aí a gerente foi lá fazer essa conversa com ele e aí ele fez assim: “[Nome da trabalhadora da equipe],

eu não tenho documento. Se eu andar pela rua sem documento e a polícia me parar eu vou ser preso de novo. Eu não posso”.

(8) Olha a consciência dessa pessoa. Provavelmente de onde ele veio, o que é que ele não viveu, mas a gente anda sem documento pela rua? Eu não ando.

(9) Mas às vezes a gente julga, que ele não teria ido para a rua porque ele é louco ou porque matou alguém. Não, não é isso.

(10) Porque ele é cidadão como eu e sabe que a gente anda na rua com documento. Claro, a história dele é diferente. Ele é negro, vão pedir mais documento para ele do que vão pedir para mim. Ele já passou por muita coisa e, então, ele saiba que se ele não tiver um documento, isso pode ser pior para ele. Tem tudo isso? Claro que tem tudo isso, mas eu também não ando sem documento na rua.

(11) Então, a gente também vai vendo que, às vezes, a gente vai atribuindo algumas interpretações, que não é o que a pessoa vive.

(12) Então o [Eduardo] hoje ele é o mais, autônomo de todos que vieram. Mas antes disso quantos anos ele ficou no HCTP? Isso não é visto? Ele fica internado e nenhuma documentação é levantada? Eu acho que ele ficou seis anos lá. Ele deixou de ser cidadão, ele não precisa ter um RG, um CPF? Não.

(13) Eu acho que ele também tem algo que eu acho que é interessante, que ele também se mantém desejante, porque o Eduardo diz: “Eu quero morar na minha casa. Eu preciso da minha documentação, porque eu quero morar na minha casa, porque eu desejo isso, porque eu desejo aquilo”, então o desejo também se mantém. (Melissa, Coordenadora de Saúde Mental Municipal).

Melissa, em sua narrativa, pondera que a realidade vivida em seu Município é diferente da existente em outros Municípios, em que ela complementa seu relato:

Em Municípios pequenos, quando o crime foi muito grave e trouxe um impacto para aquela comunidade, que ficou com uma marca, geralmente crimes relacionados à própria família, os Municípios relatam que a comunidade não consegue receber aquela pessoa de volta (Melissa, Coordenadora de Saúde Mental Municipal).

Em relação a Eduardo, a entrevistada Melissa informa que ele está vivendo em uma residência terapêutica há aproximadamente um ano e é o responsável por tarefas, como cuidar da garagem, abrir a porta, pelo fato de ter mais autonomia do que outros moradores da casa.

Em seu relato, Melissa pontua o fato de que Eduardo não realizar saídas da residência chegou a ser creditado devido à sua condição de “louco infrator”. Entretanto, refere que Eduardo esclareceu que não podia sair na rua, por não ter

documentos, o que poderia levá-lo a ser preso de novo, o que revelaria a consciência de Eduardo acerca de sua situação.

Melissa pondera ainda que, como cidadão, Eduardo precisaria, assim como ela, de documentos, entretanto, aponta para a questão da discriminação racial a que Eduardo estaria sujeito por ser negro, o que o sujeitaria a ser abordado nas ruas de forma mais constante.

Nesse relato podemos desvelar a preocupação de Eduardo ao circular pela cidade: a abordagem policial e sua consciência de como se opera a seletividade do sistema criminal em relação às pessoas pobres e negras.

Para Melissa, Eduardo se mantém “desejante”, fazendo planos para o seu futuro, como o de morar na casa dele.

Os relatos da entrevistada Melissa acima transcritos permitem a reflexão sobre questões fundamentais sobre o papel do CAPS e das Residências Terapêuticas no processo de transinstitucionalização, com vistas à desinstitucionalização.

A primeira questão que destacamos é o processo de colocar entre parênteses a doença mental, como um processo de invenção prático-teórico, em que que descortina o sujeito e não mais a doença, como considerações de AMARANTE (1996), a partir de Basaglia:

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desse modo, a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção de saúde de reprodução social do paciente (AMARANTE, 1996, p.95).

A “troca de lentes”³⁵ realizada na atenção psicossocial permite identificar potencialidades, ao invés de erros e incapacidades, e constitui-se como condição essencial para o acolhimento e para o cuidado como ação integral, com a construção de vínculos afetivos, respeito à diversidade e à singularidade dos indivíduos e diálogo qualificado pautado na escuta ativa (ou qualificada).

Nesse sentido, COSTA-ROSA (2000, p.155) destaca que, nesse modelo psicossocial, a “loucura e o sofrimento não têm de ser removidos a qualquer custo,

³⁵ Menção ao livro de ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: um novo foco sobre o crime e a justiça*. Tradução por Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2008, que traz a concepção da Justiça Restaurativa, em contraposição aos modelos tradicionais punitivistas, representando uma “troca de lentes” sobre o crime e a justiça.

eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito significa olhar para as suas potencialidades”.

Esse “olhar” aponta para as possibilidades de (re)construção de projetos de vida e de manutenção do ser “desejante”, como na fala de Melissa, pois cuidados em saúde envolvem pensar, segundo VICENTIN (2010b, p. 17) a saúde na “dimensão do desejo, da intensidade e da produção da vida em seu contexto”.

A segunda questão que nos parece relevante para problematização sobre os lugares e olhares da saúde é a Residência Terapêutica como local de habitação e não como simples local de moradia, pois talvez esse seja um dos principais pontos que a distingue do Hospital de Custódia.

O “habitar” envolve a apropriação do espaço como um local pertencente ao âmbito privado do indivíduo, o seu local de repouso, de planejamento de suas atividades diárias, de exercício de autonomia e vontades. É “ter uma casa”.

Para VENTURINI (2010), o habitar constitui um assunto central na saúde mental, mas talvez, de fato, seja um assunto central da própria vida, uma vez que a “casa alude a um espaço da mente e do coração”, é o local que permite o recolher-se em lugar acolhedor, que permite significar as experiências vividas.

O autor acima citado ressalta a importância de que as residências terapêuticas sejam compreendidas como um espaço pertencente aos seus moradores, relatando sua experiência na cidade de Imola, onde só os moradores têm chaves da casa, o que nos remete ao relato de Melissa sobre Eduardo, morador de uma Residência Terapêutica, que é o responsável pela chave de sua moradia.

Ao contrário do que ocorre nos Hospitais de Custódia, local onde as pessoas circulam independentemente da vontade dos internos, como espaço público, administrado pelo Estado, na Residência Terapêutica é necessário “tocar a campainha”, como espaço privado e pertencente ao indivíduo.

Essa marcação distintiva entre a esfera pública, do Hospital de Custódia, como instituição total, como espaço de expropriação material e simbólica, e do espaço privado da Residência Terapêutica, é essencial para que possamos compreender a segunda como espaço de moradia, como local de pertencimento e liberdade.

No processo de transinstitucionalização de Everaldo, a entrevistada Melissa menciona o fato de que irá mandar fotos das pessoas que irão residir com ele

em sua Residência Terapêutica, como forma de construir vínculos entre ele e a sua futura moradia.

Esse processo de aproximação, de criação de vínculos e de ser pertencente a um local e apropriar-se dele é considerado, igualmente, nas seguintes observações:

Com a noção de casa, nos referimos ao complexo de experiências concretas de reaquisição-reaprendizagem do uso dos espaços, da orientação de usar o tempo segundo linhas não institucionais, da capacidade de uso dos objetos e oportunidades da vida cotidiana; mas, também: a possibilidade de revisitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades; a noção de casa, portanto, pressupõe a existência de uma casa presente (SILVA e VICENTIN, 2017, p. 198).

Por fim, destacamos a questão da reabilitação social, o “estar na cidade”, uma vez que a noção de casa se estabelece nas relações internas e externas, nas relações com a comunidade, fazendo-se necessário o estabelecimento de ações que permitam, segundo SILVA e VICENTIN (2017, p. 202) “intervir no poder contratual do sujeito nos distintos espaços e nas relações da vida dos moradores, aumentando o poder de participação nos processos de trocas sociais”.

5.2.5. PNAISP e EAP como dispositivos interministeriais no tratamento e cuidado ao “louco infrator”: um caminho possível para a desinstitucionalização?

A partir da edição da Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tivemos até o ano de 2014, importantes marcos regulatórios no âmbito da saúde mental.

A edição da Portaria Interministerial nº. 01, de 02 de janeiro de 2014, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como pontos centrais a atuação

intersetorial e a integralidade, com a garantia da autonomia dos profissionais da saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde editou a Portaria no. 94, de 14 de janeiro de 2014, instituindo o Serviço e as Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAPs).

No âmbito do Ministério da Justiça, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária editou a Resolução no. 01, de 10 de fevereiro de 2014, estabelecendo que o atendimento às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei fosse realizado nos termos da Portaria no. 94/14.

As narrativas de alguns de nossos entrevistados são ilustrativas sobre as EAPs:

[A EAPS não seriam uma solução] pois mais mecanismos, políticas, equipamentos, já tem de sobra. O problema é lidar com a lógica manicomial, punitivista e se isso não for combatido, não importa quantas equipes multidisciplinares sejam criadas, as pessoas vão continuar sendo internadas e terão outras configurações, que vão ser criadas para dar conta dessas pessoas, para que elas continuem sendo aprisionadas e fechadas. Então, eu não consigo ver como uma saída. Até hoje a gente não tem nem conhecimento por parte do Ministério da Saúde sobre essa equipe. As últimas informações que a gente teve nessas reuniões que estamos fazendo entre Ministério Público, a Defensoria e com atores do Sistema de Saúde é que essas equipes existem, pessoas foram contratadas, não existe ainda nenhuma ação dessa equipe em relação às pessoas em medida de segurança. Não se sabe se elas de fato já começaram a agir. Se sim, desde quando. Simplesmente é uma área nebulosa. A gente vive pressionando o Ministério da Saúde para conseguir dar informações mais precisas sobre as EAPs e eles simplesmente não se posicionam. A informação que a gente tem é que são três EAPs, mas quem são, onde elas agem, é um espaço vazio (Amanda, Integrante de ONG).

Então, na hora que [a discussão sobre as EAPS] apareceu, ficou um burburinho de que era uma informação proibida de ser dada. Por quê? Mas que era alguma história torta claramente assim. [Os representantes do Estado] diziam: “Sabemos quem colocou, sei quem está lá, mas não podemos falar, o que é, do que se trata”. (Melissa, Coordenadora de Saúde Mental Municipal).

[A EAP começou a funcionar] no ano passado. [Era] para atender as audiências de custódia. [...] mas a não [teve a aprovação da juíza] que atua no departamento de inquéritos policiais [...] Então, a EAP está vinculada com a Vara de Execuções Criminais. [A EAP] é um suporte vital para o Juízo das Execuções, porque quando o juiz desinterna alguém, ele tem que ter o acompanhamento porque ele não pode considerar que, com a desinternação cumpriu a missão dele e não tem mais nada a fazer. Ao contrário, essa organização, esse apoio, esse desdobramento são vital, porque senão ele [a pessoa desinternada] volta depois (Thiago, Juiz de Direito).

Essa Portaria Conjunta do Ministério da Saúde e da Justiça, eu achei muito interessante o que estava ali proposto, aponta uma possibilidade de mudança. Claro que ainda é uma política institucionalizada, ainda é uma política nos moldes da lógica da medida de segurança, como um ato considerado crime, tudo aquilo que considero bastante crítico. Mas a gente tinha uma possibilidade de mudança, eu acho, porque previa exatamente isso, uma equipe multiprofissional junto ao juízo de conhecimento, ou seja, no Tribunal de Justiça, antes dele sentenciar a medida de segurança, de modo a subsidiar esses juízes, para que aquele sujeito somente fosse para internação quando a sua situação de saúde mental assim exigisse e fosse para um tratamento ambulatorial fosse vinculado a CAPS. E teriam equipes que fariam essa ponte do CAPS com o Poder Judiciário, inclusive com o previsão orçamentária para implementar mais equipes no CAPS. Eu acho que ali tinha uma resposta possível (Priscilla, Psicóloga).

Ao refletirmos sobre os relatos de Amanda e Melissa, acerca das EAPs, podemos observar a existência do que podemos considerar como uma aura de mistério em torno dessas equipes, tendo em vista, ao que parece, encontrar-se em fase de experiência piloto ou em fase de implantação, uma vez que seus pressupostos não são conhecidos.

No entanto, observamos no relato de Thiago que a implantação das EAPs é emergente e a fala de Priscilla permite revelar seu posicionamento quanto à importância das EAPS, ou seja, ainda de que as EAPs sejam uma “política institucionalizada”, representaria um “possibilidade de mudança”, uma vez que sua atuação se daria a partir da denominada “porta de entrada”.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e a Portaria no. 94, de 14 de janeiro de 2014 são resultado de debates realizados por diversas instituições, por meio de um grupo técnico que tratou das questões pertinentes às medidas de segurança, em âmbito nacional, tais como o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), dentre outras instituições (SOARES FILHO e BUENO, 2016, p. 2018).

A PNAISP entende por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado, em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, e tem por objetivo geral garantir o acesso dessas pessoas ao cuidado integral no SUS, a partir dos princípios da integralidade, equidade, respeito aos direitos humanos e à justiça social.

Diante da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e vinculadas a ela é que são instituídos o Serviço e as Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, consideradas como estratégias para o redirecionamento dos modelos de atenção a essas pessoas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, a PNAISP e EAPS consolidam as diretrizes da Lei 10.216/01 de que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei sejam atendidas no âmbito do SUS, o que representa, ao menos no campo normativo, o reconhecimento da saúde como direito fundamental de acesso universal e igualitário, ao que VENTURINI (2016) tece a seguinte colocação:

Se a medida de segurança não tem caráter de pena e a sua característica terapêutica deve prevalecer, muda-se o paradigma. A questão deixa de ser focada unicamente na segurança pública e é acolhida definitivamente sob o prisma dos serviços de saúde pública. Não será a cadeia ou o manicômio, o destino dessas pessoas submetidas à internação psiquiátrica compulsória. A imagem do sofrimento e da exclusão não tem mais espaço sob a proteção aos direitos fundamentais dos que padecem de transtornos mentais. Não seria a rede SUS o espaço democrático de atendimento a esses pacientes? (VENTURINI, 2016, p. 309)

As EAPS devem atuar como um “dispositivo conector” entre os setores da Justiça e Saúde, visando a garantia da aplicação de medidas terapêuticas individualizadas, de acordo com as singularidades e necessidades de cada caso, em todas as situações de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Foram inspiradas nos modelos existentes nos Estados de Goiás (PAILI) e Minas Gerais (PAI/PJ) e seu funcionamento, em cada Estado da Federação, depende de cadastramento no Ministério da Saúde, com repasse de verbas pelo governo federal.

A atuação da EAP deve ocorrer desde a instauração do inquérito policial, em que exista o incidente de sanidade mental, propondo e orientando a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e com base na Lei 10.216/01, o que, em tese, deveria representar uma alternativa ao modelo asilar existente, desde a chamada porta de entrada.

KOLKER (2016) pondera que a instalação das EAPs poderia representar, em tese, uma forma de “estancar” o fluxo da porta de entrada ou, ao menos, garantir

um processo mais amplo de desinstitucionalização, entretanto, observa que os recursos federais têm sido pouco acessados pelos estados, conforme trecho abaixo:

No entanto, em que pese a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) e a destinação de incentivos financeiros para a criação de Equipes de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAPs), até o momento estes recursos têm sido pouquíssimo acessados pelos estados e nenhuma nova medida pôde ser implementada para estancar o fluxo da porta de entrada, ou garantir que a desinstitucionalização e a reorientação da atenção dos pacientes judiciários deixem de permanecer restritas a iniciativas locais (KOLKER, 2016, p. 208).

A implantação das EAPs poderia representar, pelo menos em termos normativos, o enfrentamento tanto da questão da denominada “porta de entrada” ao propor e orientar medidas terapêuticas, preferencialmente em meio aberto, seguindo-se um Projeto Terapêutico Singular e, nesse sentido, representaria um “dispositivo conector” entre os Setores da Justiça e da Saúde.

A Portaria nº 94/14, do Ministério da Saúde, que instituiu a EAP, em seu artigo 4º., estabelece que seu objetivo é o de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (RAPS), e terá as seguintes atribuições:

- I - Realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei 10.216 de 2001 e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- II - Identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e para a garantia da efetividade do PTS;
- III - Estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania e estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei;
- IV - Contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema;
- V - Acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo;
- VI - Apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; e
- VII - Contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares,

articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As EAPs poderiam representar recursos adicionais para o processo de desinstitucionalização, na medida que uma de suas atribuições é a de acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como um órgão articulador entre os órgãos de Justiça, as equipes da Saúde e Assistência Social, estabelecendo processos de comunicação e dispositivos de gestão que possibilitem a corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei entre gestores e profissionais das diversas áreas e setores.

Como vimos anteriormente, em relação às Residências Terapêuticas, além da falta de equipamentos, não há planejamento ou diálogo interinstitucional entre os setores e instituições envolvidas com a questão do cumprimento das medidas de segurança, o que gera a propositura de ações judiciais e a falta de dados estatísticos únicos, transparentes e compartilhados entre juízes, defensores e ministério público e SES.

As EAPS poderiam representar esse espaço de articulação, de informações compartilhadas, de transparência, de diálogo, de identificação dos reais recursos e serviços existentes e daqueles que se fizessem necessários, possibilitando, ao menos, um planejamento mais efetivo e estratégico.

O PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, de Minas Gerais), como dispositivo conector, tem sua ação permeada exatamente nesse “encontro entre os diversos atores e instituições”, como coloca BARROS-BRISSET (2010b):

A ação do PAI-PJ visa a alcançar, no constrangimento do encontro entre os diversos atores e instituições, a efetividade na garantia dos direitos, na redução da violência e na acessibilidade ao projeto de saúde singularizado. Ao final podemos, através desse coletivo de ações coadunadas pela mesma finalidade, promover uma execução penal em constante movimento, sempre atualizada na aplicação do melhor acompanhamento, visando a garantir seu fim último: um laço social satisfatório para o sujeito e razoável para a sociedade de forma geral (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 115).

A EAP tem a atribuição de realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei 10.216/01 e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária,

a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular e talvez aqui esteja um dos seus pilares transformadores: a superação do exame de cessação de periculosidade.

O PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - de Goiás, a partir da Lei 10.216/01, considera ultrapassada a perícia de cessação de periculosidade e realiza avaliações psicossociais:

A execução da medida de segurança, consistente que é em tratamento compulsório, tem como objetivo permanente a reinserção do paciente em seu meio (Lei 10.216/2001, art. 4º, § 1º). Não se fala mais em periculosidade, conceito superado com o advento da Lei Antimanicomial, devendo-se averiguar periodicamente, todavia, o processo de reintegração social do sujeito. De tal sorte, desnecessária a ultrapassada perícia de cessação de periculosidade, impõe-se agora outro tipo de análise no sentido de verificar se aquele novo objetivo – reinserção social do paciente – está sendo alcançado. Trata-se, portanto, de avaliação psicossocial e não mais puramente psiquiátrica e que será materializada mediante relatório da própria equipe técnica do PAILI (SILVA, 2014, p. 26).

No Estado do Rio de Janeiro, no processo de fechamento do Hospital de Custódia Heitor Carrilho e a desinstitucionalização de seus internos, a superação da realização do exame de periculosidade foi fundamental para o processo e foi substituído pelo exame multiprofissional e pericial de avaliação psicossocial – EMPAP, após debates que envolveram diversos atores e setores da Justiça, conforme descreve MAGNO (2017):

A partir do encontro entre saberes, viabilizado pelo exercício de uma atuação extrajudicial comprometida com a luta antimanicomial, possibilitou-se experiência institucional das mais emblemáticas para a construção dessa prática: ganhou força a importante parceria com o Instituto de Perícias Forenses, que se propôs a revisitar sua própria prática e possibilitou os alinhavos para a construção do Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial. Em diversos encontros e reuniões, dos quais participavam técnicos da assistência e psiquiatras, foi elaborado um “esqueleto” de exame pericial de avaliação psicossocial. Quando a ideia estava madura, foi apresentada aos demais atores do sistema de justiça, quais sejam: Poder Judiciário e Ministério Público, em histórica reunião no mezzanino da Presidência do TJ RJ, no dia 21 de junho de 2017, da qual também participaram Defensoria Pública, diretores dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico Roberto Medeiros e Henrique Roxo e do Instituto de Perícias Heitor Carrilho. Todos aprovaram novo procedimento para desinternação das pessoas em cumprimento de medida de segurança de internação, já em vigor e que é o que ora se apresenta como prática exitosa. O exame multiprofissional e pericial de avaliação psicossocial – EMPAP nasce como ato complexo da “perícia” e da “equipe assistente” composto por 02 partes, quais sejam: - Exame Pericial de Avaliação Psicossocial: pelo perito habilitado; e - Exame Multiprofissional de Avaliação Psicossocial: pela equipe assistente (MAGNO, 2017, p. 437).

As diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e, conseqüentemente, das Equipes de Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei estabelecem a realização de avaliações psicossociais, com a superação do exame de periculosidade, a partir da Lei 10.216/01, a exemplo do que ocorreu no estado do Rio de Janeiro.

Entretanto, a realização de exames de verificação de periculosidade, no âmbito do Estado de São Paulo, é uma realidade cristalizada, seja para a determinação da medida de segurança, nos incidentes de sanidade mental, seja para a determinação da desinternação condicional, com os laudos de cessação de periculosidade, seja para a determinação da extinção da medida de segurança, ao final da desinternação condicional, fazendo que a periculosidade ainda seja o elemento central nas (re)internações e desinternações, constituindo-se como o verdadeiro “nó” nessa dinâmica.

6. DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS À ABERTURA DE QUESTÕES

“Não há tirania mais cruel que a que se exerce à sombra das leis e com as cores da Justiça” (Montesquieu).

“Referir-se a um direito penal garantista em um Estado de direito é uma redundância grosseira, porque nele não pode haver outro direito penal senão o de garantias, de modo que se supõe que todo penalista, nesse marco, é partidário das garantias, isto é, garantista” (Raul Zaffaroni).

A análise dos 218 (duzentos e dezoito) acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, entre os anos de 2009 a 2018, em julgamentos de Recursos de Agravo em Execução relacionados à temática da medida de segurança revela o entendimento amplamente majoritário dos Desembargadores sobre a natureza jurídica da medida de segurança, definindo-a como “medida terapêutica de caráter assistencial”, nos mesmos moldes que enunciada na Exposição de Motivos do Código Penal de 1940, aprovado à época do Estado Novo.

A referida análise demonstrou que o discurso de defesa social fundamenta as decisões proferidas, o que implica atrelar a não cessação da periculosidade à negativa de direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, como o direito ao indulto, sob o pretexto de que o indivíduo representa um risco para si ou para a sociedade, assim como para justificar a indeterminação temporal das medidas de segurança, em diversos julgados, apesar, inclusive, da existência da Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça.

O uso de expressões como “cativo” ou medida de segurança com “caráter vitalício”, “periculosidade permanente”, “perigosidade latente do agravante” ou ainda o discurso de que o “agravante é pessoa que está com a liberdade coactada por ser pessoa perigosa e enquanto viver e demonstrar periculosidade fica isolado e sob tratamento”, presentes nos acórdãos exarados pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, ou também o argumento de que a pessoa desinternada “apresenta sinais de periculosidade em sua personalidade” para justificar a prorrogação de seu tratamento ambulatorial, são referências significativas do entendimento de que o sujeito que está sob julgamento é um homem, que se apresenta como intrinsecamente

perigoso, por sua natureza e, portanto, representa um perigo para a sociedade, devendo ser contido.

O posicionamento majoritário do Tribunal Paulista desvela seu caráter conservador, uma vez que se aproxima do ideário da Escola Positivista do Direito Penal, recriando as figuras dos “incorrigíveis” de Von Liszt ou dos “temíveis” de Garofalo, fazendo com que o Direito Penal se ocupe da pretensa tarefa de identificação dos considerados “inimigos da ordem social”, a quem devem ser impostas medidas por tempo indeterminado, de forma que sua natureza criminosa surja da sua própria existência (ZAFFARONI, 2011b).

Dessa forma, a medida de segurança caracteriza-se como “pena neutralizante” (ZAFFARONI *et al*, 2011a), o que significa dizer que, por um lado, desvela sua face de sanção penal e, de outro, a sua face de medida de contenção, configurando-se o modelo “defensivista-periculosista” do século XIX ampliado (ANDRADE, 2012), diante da ocorrência de violações a garantias penais e processuais penais, que ocorrem durante o cumprimento da medida de segurança, invertendo-se o eixo constitucional de proteção a direitos humanos para um sistema violador desses direitos.

Diante da falta de critérios técnico-científicos para o emprego do termo periculosidade na esfera do direito penal, operada em termos jurídicos como uma noção e não propriamente como conceito, é possível entender motivos pelos quais se estabelecem determinados indicadores para denotar a periculosidade, considerados indicadores da probabilidade de risco do indivíduo voltar a delinquir.

Nessa perspectiva, a noção de periculosidade, atrelada à de risco, pode ser considerada como enunciada por características acessórias, que estabelecem fatos que não são próprios do termo, uma vez que tais essas características são externas ao conceito, ou seja, não são parte do significado desse termo, nem de sua definição.

“Trata-se, assim, de estabelecer um fato sobre o objeto nomeado pelo termo” (ALVARENGA, 1984, p. 03). Assim, a noção de periculosidade é operada por características acessórias que estabelecem aspectos considerados como indicadores da cessação da periculosidade, que não se relacionam ao termo periculosidade, que é vago e impreciso, mas que se relacionam a circunstâncias de diversas ordens.

Na pesquisa documental, a partir da análise dos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, pudemos identificar aspectos do que seriam considerados possíveis indicadores para a cessação, ou não, da periculosidade, como os que indicamos a seguir: a) não possuir respaldo familiar; b) cometer graves crimes no passado; c) apresentar problemas com “drogadição” ou doença crônica, que por esse motivo não teria cura, segundo consideração dos julgadores; d) não possuir autonomia, o que seria representativo de que o indivíduo não poderia gerir sua vida sozinho e, portanto, não poderia realizar o “controle medicamentoso” necessário ao controle de sua doença.

A esses aspectos soma-se o comportamento carcerário, que será aferido a partir de um sistema de sanções e recompensas existente no interior dos estabelecimentos prisionais, como é o HCTP, em que será considerado “merecedor” do atestado de “bom comportamento” aquele indivíduo que externar que está adaptado e normalizado, diante do processo de “treinamento e correção” vivenciado no cárcere que, sob esse ponto de vista, será considerado bem sucedido (FOUCAULT, 2006 b).

Podemos considerar, que os aspectos acima relacionados, e considerados pelos Desembargadores do Tribunal de Justiça do Tribunal de São Paulo como reveladores da cessação da periculosidade, denotam que, para o julgamento do que concebem ou entendem como periculosidade, sua compreensão está pautada nos paradigmas jurídico-punitivo e biomédico: o primeiro, permeado pela visão de que o “louco infrator” é um sujeito moralmente desviante e “anormal”, devendo ser segregado do convívio social e, o segundo, característico de refletir uma compreensão da doença, apenas em seu aspecto biomédico, excluindo o necessário contexto psicossocial e tolhendo a autonomia dos indivíduos, conforme considerado por MUSSE (2018).

O paradigma de direitos humanos, que é caracterizado pela compreensão do “louco infrator”, como detentor de direitos individuais, coletivos e difusos, como o direito à saúde em sua tripla dimensão, a biológica, psicológica e social, assegurando a cidadania de tais indivíduos é desconsiderada nesses julgamentos, reforçando a necessidade da superação da realização de laudos de cessação de periculosidade, com a realização da “Avaliação Psicossocial”, como determina a Portaria no. 94, de 14 de janeiro de 2014, do Ministério da Saúde, ao instituir o Serviço e as Equipes de

Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei(EAPs) e a exemplo do que ocorreu no processo de desinstitucionalização no Estado do Rio de Janeiro, com a implantação e implementação do EMPAP - Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial.

Os exames de cessação de periculosidade são elaborados nos moldes dos exames criminológicos, fazendo com que a manifestação do setor de segurança e disciplina dos HCTPs tenha sido incorporada à tradicional avaliação psiquiátrica. Assim, o comportamento carcerário passa a ser fator decisivo para conclusões positivas de cessação, inclusive, com a anexação de documento comprobatório desse comportamento, o que é típico do sistema carcerário.

Dessa forma, ocorre a ampliação das funções judiciárias de julgamento sobre os internos, que são delegadas a outros setores do sistema criminal, exercidas por um sistema de sanções e recompensas. Aos internos considerados indisciplinados, rebeldes ou contestadores a sanção traduz-se pela não cessação da periculosidade.

A falta de disponibilização das vagas para internos dos HCTPs em Hospitais Psiquiátricos e Residências Terapêuticas, por sua periculosidade, é questão relevante para o entendimento das transferências (ou não) dos internos dos HCTPs a estabelecimentos de saúde, que parecem ter vagas disponibilizadas somente com a propositura de ações na Justiça Cível por parte da Defensoria Pública contra a Fazenda Pública do Estado de São Paulo, o que tem representado a possibilidade de saída de alguns indivíduos dos HCTPs, a “conta gota”.

As Ações Cíveis propostas pela Defensoria Pública pleiteando vagas em vagas em Hospital Psiquiátrico para os internos em HCTPs, com posterior transferência para Residência Terapêutica, são fundamentadas na lei 10.216/01 e nas Portarias do Ministério da Saúde, que regulamentam os Serviços Residenciais Terapêuticos, argumentando a necessidade da transferência como possibilidade para a elaboração de projeto terapêutico individualizado e posterior inserção no serviço adequado, visando a reabilitação social. Nesse sentido, pleiteava-se a transinstitucionalização, com vistas à desinstitucionalização, em que a passagem pelo Hospital Psiquiátrico era compreendida como provisória e com caráter terapêutico, enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial

ainda não se apresente suficiente.

Nessa perspectiva, os HCTPs têm se revelado como local com características cada vez marcantes do caráter custodial e carcerário, com ampliação das equipes e aparatos de segurança, inadequação da possível terapêutica, inexistência de alta programada, assim como pela falta de articulação com a Rede de Atenção Psicossocial. Enquanto, os Hospitais Psiquiátricos podem estar mais adaptados aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, sempre salientando que os referidos Hospitais devem ser acionados para os cuidados em saúde, não como dispositivos da rede, enquanto ela não se apresente suficientemente ampliada e capilarizada.

As Ações de Internação Compulsória com Interdição propostas pelo Ministério Público Estadual, em desfavor dos internos que tiveram medidas de segurança extintas, representam a continuidade do cumprimento da medida de segurança, uma vez que fundamentadas na persistência da periculosidade e no discurso de defesa social, inclusive, com a anexação dos respectivos laudos de cessação de periculosidade e a folha de antecedentes criminais, como forma de reforçar o passado criminoso dos indivíduos.

Assim, o pressuposto dessas ações é o mesmo da medida de segurança - a periculosidade - pautada no discurso da defesa social, sob o pretexto da necessidade de garantir tratamento terapêutico aos indivíduos. Portanto, temos o tripé da medida de segurança- periculosidade, defesa social e aspecto terapêutico – como argumentos, que justificam a necessidade da internação compulsória, que se apresentará como forma de gestão dos riscos dos indivíduos considerados indesejáveis e perigosos, bem como prática jurídica repressiva, que “sequestram sujeitos e violam direitos e produzem cronificação” (VENTURINI, 2016), no contexto do Estado Penal.

A análise dos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo permitiu identificar o aumento de decisões relacionadas à desinternação condicional, o que revela uma tendência do aumento de internos saindo dos HCTPS. Essa análise revelou, igualmente, o aumento do CAPS e CAPS, como local indicado para cumprimento da condição de tratamento ambulatorial, a partir de 2015. A partir de 2017, o local mais indicado foi o CAPSAD.

Nossa hipótese explicativa é a de que o aumento das indicações ao CAPS e CAPSAd para a realização do tratamento ambulatorial se relaciona à falta de disponibilização de vagas em Hospitais Psiquiátricos, bem como à mudança do perfil dos internos dos HCTPs relacionada aos diagnósticos de “dependência química” e com indicação de tratamento ambulatorial no CAPSAD.

Os acórdãos relacionados à desinternação condicional, que discutiam a possibilidade da imposição da condição de tratamento ambulatorial, totalizaram 108 (cento e oito) acórdãos, sendo que em apenas 2(dois) deles identificamos o posicionamento pela impossibilidade da imposição dessa condição durante da desinternação.

O posicionamento favorável pela imposição da condição de tratamento ambulatorial está baseado na interpretação de que o rol previsto no artigo 132, da Lei de Execuções Penais, que possibilita a aplicação de condições facultativas, é exemplificativo, o que permite que o juiz determine o cumprimento de condições que não estejam expressamente previstas na legislação. Ao decidir sobre a legalidade da imposição da condição de tratamento ambulatorial, durante a desinternação, os acórdãos analisados reafirmam que o caráter terapêutico da medida de segurança ampara essa determinação.

A imposição da condição de tratamento ambulatorial está vinculada, diretamente, aos laudos de cessação de periculosidade, que ao concluírem pela cessação de periculosidade, apontam a necessidade da continuidade de tratamento, com encaminhamento a Hospitais Psiquiátricos, CAPS ou CAPSAd, passando, portanto, a prescrever tratamento, diante do diagnóstico do sujeito, o que desvelaria o seu pretenso caráter terapêutico.

A reafirmação do caráter terapêutico das medidas de segurança, seja para determinar a condição de tratamento ambulatorial, seja para justificar a indeterminação das medidas de segurança, desconsideram o seu caráter de sanção penal, além de ignorarem os debates da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que denunciam a impossibilidade desse caráter terapêutico (SANTOS, 2005; MATTOS, 2006; ZAFFARONI, 2011a, 2011b).

Nos HCTPS não há programa de alta programada, nem qualquer articulação com a Rede de Atenção Psicossocial, fazendo com que não exista encaminhamento dos indivíduos para os serviços substitutivos, para o cumprimento

da condição de tratamento ambulatorial. No momento da desinternação, o interno assina um termo de ciência das condições a serem cumpridas em meio aberto, ocorrendo uma espécie de audiência admonitória realizada por funcionários dos HCTPs.

A análise dos processos de execução de medida de segurança revelou a ocorrência de diversas violações a direitos fundamentais do interno, como a ausência de defesa durante o período de desinternação, a instauração do procedimento disciplinar para apuração de falta grave, assim como a indeterminação do período de desinternação condicional, diante da exigência da realização de novos e sucessivos laudos de cessação de periculosidade, levando um de nossos entrevistados a denominar esse período de “internamento condicional”. Tais violações devem ser compreendidas no contexto do Estado Penal, conforme proposto por WACQUANT (1999;2001;2008).

Além disso, a realização de exames de cessação de periculosidade na desinternação condicional representa uma contradição, uma vez que a desinternação pressupõe um laudo que já teria certificado a cessação da periculosidade, considerando-se, nesse contexto, com concessão à lógica, de que a periculosidade pudesse ser aferida.

Se já existe a certificação da cessação da periculosidade, por quais motivos o Poder Judiciário determina a realização de novos laudos? Por um lado, prevalece a ideia do “louco” como indivíduo intrinsecamente perigoso, advindo daí a necessidade de que exista uma eterna certificação dessa cessação, em diversos momentos processuais, o que nos leva à conclusão de que o Poder Judiciário busca o que sabe ser inatingível: a cessação da periculosidade como um juízo para o futuro, como probabilidade de que o indivíduo volte a delinquir. Por outro lado, a realização de exames em diversos momentos e com a possibilidade de resultados diferentes desvela a própria inaptidão do exame para auferir o que se propõe, reafirmando que as respostas dadas pelos laudos são subjetivas e circunstanciais (MUSSE, 2008).

A imposição de condições durante a desinternação condicional representa uma forma de controle sobre os indivíduos, típica do Estado Penal, que além das suas “funções de captura”, passa a exercer a “função de observação” sobre as populações desviantes e perigosas, por meio de mecanismos multifacetados do sistema justiça penal (WACQUANT, 1999) e criando novas formas de controle social a “céu aberto”

(RAUTER, 2012), exercido por outros setores, como o assistencial ou o sanitário, fazendo com que na desinternação condicional permaneça a mesma lógica custodial e punitivista.

A ingerência do Poder Judiciário sobre o CAPS, ao atribuir-lhe função fiscalizatória do cumprimento de medida judicial subverte seu papel histórico, pensado como lugar, exclusivamente, de cuidado e acolhimento, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, o que exige dos profissionais a gestão de duas lógicas antagônicas: a jurídica-punitiva e a do cuidado.

Em termos interpretativos, ao atribuir-lhe essa função, o CAPS passa a funcionar com a mesma lógica dos HCTPs, como local híbrido, em que as funções custodiais e de saúde se entrelaçam. Assim, a lógica do “hospital-prisão” (CARRARA, 1998) amplia-se para o CAPS, como “equipamento extrahospitalar-fiscalização”, desvirtuando seu propósito e afetando a necessária autonomia dos profissionais e usuários.

Os acórdãos que discutiam sobre a conversão da desinternação condicional em nova internação (reinternação) são datados entre os anos de 2014 a 2018, no mesmo período em que ocorreu o aumento da indicação do CAPS e CAPSAD, como local para cumprimento da condição de tratamento ambulatorial, o que desvela a intrínseca relação entre a imposição dessa condição e o fenômeno da porta giratória.

O descumprimento de qualquer condição, seja a de tratamento ambulatorial, seja a de não comparecimento em juízo, é considerada como motivo para a determinação da conversão do tratamento ambulatorial em internação, que denominamos de “porta giratória ou “revolving door”, caracterizando a “dinâmica da circulação” em “circuito”, que opõe à “dinâmica estática” do internamento, operando-se uma gestão em circuito, em que os Hospitais de Custódia continuam a recepcionar os indivíduos que não encontram lugar nas diversas redes de serviço, nem na família ou comunidade, produzindo os denominados “novos crônicos” (ROTELLI *et al*, 1990; DE LEONARDIS, 1998), cuja cronicidade é resultado, para além do aspecto psiquiátrico, mas resulta da somatória de aspectos relacionados a questões de ordem material e social, como a falta de emprego e de moradia, agravadas pela experiência do cárcere, que só estigmatiza os indivíduos e dissolve os possíveis vínculos afetivos existentes.

A análise dos processos de execução de medida de segurança possibilitou a identificação de um perfil de indivíduos desinternados condicionalmente, com a predominância de indivíduos do sexo masculino, a maioria internados por terem cometido crimes patrimoniais, com baixo nível de escolaridade e, majoritariamente, pardos ou negros, assim como com diagnósticos relacionados ao uso problemático de álcool e drogas.

O aumento de pessoas diagnosticadas como “dependentes químicas” no interior dos HCTPs Paulistas alterou a estrutura interna desses estabelecimentos, com a divisão de alas específicas para esses indivíduos, visando a sua separação dos outros internos, considerados como aqueles com um perfil relacionado a outros diagnósticos, como esquizofrenia, indivíduos que parecem estar mais associados à imagem tradicional do “louco infrator”.

Aos “dependentes químicos” está vinculada a imagem de indivíduos indisciplinados, o que gerou o aumento de agentes e aparatos de segurança na gestão dos HCTPs e uma forma de tratamento centrada no paradigma da doença, em que a abstinência é vista como ideal almejado, o que não se coaduna com a perspectiva de redução de danos, pautada na autonomia dos sujeitos, no cuidado ampliado de saúde, contrapondo-se às políticas proibicionistas.

Entre os nossos sujeitos da pesquisa documental, identificamos três indivíduos transgêneros, o que nos aponta a necessidade de aprofundamento de estudos relacionados às questões de gênero na seara da medida de segurança.

No Estado Penal, em que a política de contenção faz as vezes de política social e corresponde a uma forma de gestão da miséria (WACQUANT, 2001), os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico passam a ser o local de habitação para indivíduos com medidas de segurança extintas, enquanto outras pessoas aguardam vagas em Alas Psiquiátricas, estabelecimentos prisionais improvisados, para serem transferidas para os HCTPs, fazendo com que os locais de cumprimento de medida de segurança no Estado de São Paulo sejam transformados em “zonas de estocagem”, em que se estabelece um “regime institucional de processamento de pessoas”, diante do “engarrafamento” gerado pela expansão do Estado Penal (ARANTES, 2012; WACQUANT, 2001).

O sistema prisional paulista apresenta uma forma peculiar na gestão dos locais de internação para cumprimento de medida de segurança. As Alas Psiquiátricas

são consideradas as “portas de entrada” para o sistema prisional, onde os internos aguardam pela realização do exame inicial da verificação da periculosidade, que determinará da pena ou da medida de segurança. Se considerados inimputáveis, com a aplicação da medida de segurança, os indivíduos passam a aguardar uma vaga nos HCTPS, locais em que se opera a lógica da “progressividade de pena”, assim o HCTP II de Franco da Rocha representa o cumprimento do regime semiaberto e o local de regime mais brando.

Assim, os HCTPs ou as Alas Psiquiátricas são “zonas de estocagem” e são também “zonas de espera”. Espera pela transferência, mas, sobretudo espera pelo laudo de cessação de periculosidade, que deveria significar o fim do cumprimento da medida de segurança. Mas nem a alta do CAPS, nem o laudo de cessação de periculosidade tem significado o fim da espera para o término do processo criminal.

Os casos de Silas e Franciele, que obtiveram alta do serviço substitutivo, não tiveram as medidas de segurança extintas, exigindo-se a realização do laudo de cessação de periculosidade, o que demonstra que o discurso terapêutico da medida de segurança nada mais é do que uma justificativa para a continuidade do controle repressivo penal sobre indivíduos considerados perigosos, assim como reafirma que o único saber-poder capaz de ditar o destino do “louco infrator” é o psiquiátrico, reafirmando-se a eterna aliança entre Direito e Psiquiatria, forjada no século XIX.

No caso de Marta, com laudo de cessação de periculosidade, diante da afirmação pericial que sua doença não tem cura, justificou-se a necessidade da prorrogação do tratamento ambulatorial, afirmando-se o caráter terapêutico da medida de segurança, diante da declaração de que sua personalidade possuía periculosidade, fazendo com que a Antropologia Criminal de Lombroso continue a permear os discursos jurídicos, sem qualquer pudor, violando a literalidade da lei, estendendo as “zonas de espera”, com violação das garantias penais e processuais penais dos indivíduos.

Dessa forma, como afirmado anteriormente, a medida de segurança, sob o pretexto de seu caráter terapêutico, amparada no discurso “defensivista-periculosista”, com elementos da Escola Positivista e da Antropologia Criminal do século XIX, caracteriza-se como “pena neutralizante” expondo sua dupla face, a de sanção penal e a de medida de contenção, no contexto do Estado Penal, em que o

sistema de proteção a direitos humanos não se aplica ao “louco infrator”, visto como “inimigo da ordem social”.

O olhar da área da Saúde pautado no modelo psicossocial apresenta-se como possibilidade de transinstitucionalização, com vistas à desinstitucionalização, ao colocar a doença mental entre parênteses, proporcionar acolhimento e cuidado integral em saúde e permitir a reabilitação social, fazendo com que as pessoas com transtorno mental possam habitar em suas moradias e circular pela cidade, onde o tratamento deixa de ser pensado em espaços de exclusão, em espaços de violência e mortificação para tornar-se um espaço de criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade (AMARANTE, 1995; 1996), para além da loucura e para além do crime.

Esse olhar, representado por uma “troca de lentes” da asilar para a psicossocial, que permite enxergar o indivíduo para além da loucura e do crime, que identifica potencialidades, ao invés de erros e incapacidades, representa uma “porta de saída” para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, que se encontram na dinâmica de circulação. Entretanto, é necessário repensar o papel da Justiça nessa dinâmica, a partir de uma atuação com responsabilidades partilhadas, que permita a liberdade de ação dos profissionais da saúde, assim como ocorre no PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – no Estado de Goiás.

A expansão da Rede de Atenção Psicossocial, sobretudo, das Residências Terapêuticas e garantia de acesso ao benefício do “Programa de Volta para Casa”, como estratégias de desinstitucionalização, são fundamentais para que possa pensar em saídas para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Sobretudo, é preciso reconhecer que o verdadeiro “inimigo da ordem social” são as políticas encarceradoras e proibicionistas do Estado Penal, que em nome do combate ao crime, apenas tem combatido os pobres e não a pobreza, como nos ensina WACQUANT (2001).

A implantação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), no âmbito do Sistema Único de Saúde, entendida como dispositivo conector, diante da possibilidade de atuação na denominada “porta da entrada”, a partir da elaboração de exames psicossociais, com a superação do laudos de cessação de

periculosidade, apresenta-se como possibilidade para a implantação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica na seara das medidas de segurança.

No âmbito do Estado de São Paulo, a implantação e funcionamento da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei(EAP) é assunto nebuloso, cercado de informações controversas, enfatizando a necessidade de que a gestão dos dados e demais informações relacionadas ao “louco infrator” sejam de domínio público.

7. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Flávio Aparecido de; CEZAR, Adieliton Tavares. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. **IGT rede**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 105-114, 2016.
- 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. **O conceito de risco na área materno-infantil: considerações teóricas, metodológicas e de aplicação**. 1984. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1984.
- ALVIM, Rui Carlos Machado. **Uma pequena história das medidas de segurança**. São Paulo: Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 1997.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995a.
- 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.
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a Serpente**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1996.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Monica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018, p. 2067-2074.
- ANDRADE, Vera Regina de. Política criminal e crise do Sistema Penal: Utopia abolicionista e metodologia minimalista-garantista. In: Batista, Vera Malagutti (org.) **Loïc Wacquant e a Questão Penal no Capitalismo Neo Liberal**. Rio de Janeiro: Revan, 2012.
- ARANTES, Paulo Eduardo. Zonas de espera. Uma digressão sobre o tempo morto da onda punitiva contemporânea. In: Batista, Vera Malagutti (org.) **Loïc Wacquant e a Questão Penal no Capitalismo Neo Liberal**. Rio de Janeiro: Revan, 2012.
- ARGUELLO, Katie. O fenômeno das drogas como um problema de política criminal. **Revista da Faculdade de Direito UFPR**, v. 56, 2012.
- BANDEIRA, Marina. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 6, n. 2, p. 171-182, 2012.
- BARROS, José D'Assunção. **O projeto de pesquisa em História: da escolha do tema ao quadro teórico**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.
- BARROS, Sônia, BICHAFF, Regina. (organizadores). **Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**. São Paulo: Fundap, Secretaria da Saúde; 2008.

BARROS, Sônia. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1235-1247, Dec. 2014.

BARROS, Andrea Saraiva de. **Trajetória de criação da ala especial de medidas de segurança na Penitenciária III de Franco da Rocha: o circuito da periculosidade**. 2018. 235 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

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.

BASAGLIA, Franco. Instituições da violência. In F. Basaglia (Org.). **A Instituição Negada** (pp. 99- 133). 3ª. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BATISTA, Nilo. Merci, Loic!. In: Batista, Vera Malagutti (org.) **Loic Wacquant e a Questão Penal no Capitalismo Neo Liberal**. Rio de Janeiro: Revan, 2012.

BEZERRA, Cíntia Guedes; DIMENSTEIN, Magda. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**, Barbacena , v. 9, n. 16, p. 303-326, jun. 2011 .

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal 1 Parte Geral**. Editora Saraiva, 2009.

BOITEUX, Luciana. Brasil: reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. **Revista Internacional de Direitos Humanos. Revista Sur**, v. 12, n. 21, 2015.

BONGIOVANNI, Julia; DA SILVA, Rosane Azevedo Neves. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, 2019.

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-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. 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.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, 2015.

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 judiciários no Brasil. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, 2010, 20.1: 16-29.

CARVALHO, Maria Alice R., LIMA, Nísia Verônica T. **O argumento histórico nas análises de Saúde Coletiva. In: Fleury, Sonia. Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social.** s.l, Relume Dumará, 1992.

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, 2005.

CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. A punição do sofrimento psíquico no Brasil: reflexões sobre os impactos da reforma psiquiátrica no sistema de responsabilização penal. **Revista de Estudos Criminais**, n. 48, 2013.

CARVALHO, Salo de. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro**. São Paulo: Editora Saraiva, 2015.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, J. et al. (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 295-316.

CIA, Michele. **A desinternação progressiva como alternativa para a obrigação político-criminal do Estado frente aos atos praticados por inimputáveis**. Franca : UNESP, 2008.

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.

COIMBRA, Cecília. Operação Rio. **O mito das classes perigosas. Um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública.** Niterói: Intertexto, 2001.

CONDE, Francisco Muñoz. As origens ideológicas do direito penal do inimigo. **Revista Justiça e Sistema Criminal**, v. 1, n. 2, p. 7-32, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação 35, de 12 de julho de 2011. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Brasília: CNJ, 2011.

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, Maria da Graça Silveira Gomes da; FIGUEIRO, Rafael de Albuquerque; FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. **O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso.** Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 839-851, dez. 2014.

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. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

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 BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Genealogia do conceito de periculosidade. **Responsabilidades: Revista Interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ.** Belo Horizonte, p. 37-52, 2011.

DE LEONARDIS, Ota. Estatuto y figuras de la peligrosidad social entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. **Revista de Ciencias Penales**, v. 4, 1998.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil-Censo 2011.** Brasília, UNB/Letras Livres, 2013.

DIWAN, Pietra. **Raça pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. Editora Contexto, 2015.

EMERIM, Marcele de Freitas; SOUZA, Mériti de. O (im)possível e necessário testemunho do louco infrator. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 139-151, abr. 2013.

FARGE, Arlette. **Do sofrimento**. In: **FARGE, Arlette. Lugares para a história**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no Estado Democrático de direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

FOUCAULT, Michel. **A Verdade e as Formas Jurídicas**. 3ª. Edição. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2002.

FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico: curso dado no Collège de France(1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

FOUCAULT, Michael. A evolução da noção de indivíduo perigoso na psiquiatria legal do século XIX(1978). In: FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade e política** (Col. Ditos & Escritos 5). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b.

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 et al. A concepção de território na saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00059116, 2015.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**, 8ª. Ed., São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOFFMAN, Erving; **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio Janeiro: LTC, 2008.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 10a ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

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.

ITURRALDE, Manuel. O governo neoliberal da insegurança social na América Latina: semelhanças e diferenças com o Norte Global. In: Batista, Vera Malagutti (org.) **Loic Wacquant e a Questão Penal no Capitalismo Neo Liberal**. Rio de Janeiro: Revan, 2012.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura**. Brasília: *Escola do Ministério Público da União*, 2008.

JESUS, Maria Gorete Marques de et al. **Prisão provisória e Lei de Drogas: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo**. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2011.

JESUS, Maria Gorete Marques de. **'O que está no mundo não está nos autos'**: a construção da verdade jurídica nos processos criminais de tráfico de drogas. 2016. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

KOLKER, Tânia. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto da reforma psiquiátrica: realidades evidenciadas pelas inspeções e alternativas possíveis. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade**. Brasília: CFP, 2016.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 137-154, 2007.

LENOIR, Remi. Objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE, P. et al. **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 59-106.

LHACER, Patrícia Maria Villa Lhacer. **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. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2013.

LIBERATO, Magda Dimenstein Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 212-222, 2009.

LOPES, F. **Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais em saúde**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 1595-1601, set-out 2005.

LUCA, T.R. História dos, nos e por meio dos periódicos. In: PINSKY, C. B. *Fontes Históricas*. São Paulo: Ed. Contexto, 2006. p. 111-153.

MAGNO, Patricia Carlos. E assim morre o exame de cessação de periculosidade. In: DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO. **Defensoria Pública: Em Defesa das Pessoas em Situação de Vulnerabilidade**. Santa Catarina: ANADEP, 2017.

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

MARQUES, Ana Lucia Marinho; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Ser, estar, habitar: serviços residenciais terapêuticos no município de Campinas, SP. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 245-252, 2012.

MASSA, Paula Andréa; MOREIRA, Maria Inês Badaró. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170950, 2019.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MATTOS, Virgílio. Por que ainda existem Manicômios? In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade**. Brasília: CFP, 2016.

MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **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 de S.; SANCHES, Odécio. Quantitative and qualitative methods: opposition or complementarity? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248.

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 05, de 04 de maio de 2004. *Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001*. Brasília: Ministério da Justiça, 2004.

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, 2010.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 1, de 10 de fevereiro de 2014. *Dispõe sobre o serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, consignado na Portaria MS/GM Nº 94, de 14 de janeiro de 2014*. Brasília: DF, 2014.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura – MNPCT. *Relatório de Visita ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “André Teixeira Lima” – HCTP I – Franco da Rocha – São Paulo*. Brasília: DF, 2015.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Departamento Penitenciário Nacional. *Dados Consolidados no Sistema Penitenciário (DEPEN)*. Brasília: Ministério da Justiça, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no. 106, de 11 de fevereiro de 2000. *Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos*. Brasília, DF, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: DF, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial no. 1, de 2 de abril de 2014. *Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: DF, 2014a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no. 94, de 14 de janeiro de 2014. *Institui a o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: DF, 2014b.

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.

MOTA, André. **Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil**, Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2003.

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

MUSSE, Luciana. Internações forçadas de usuários e dependentes químicos: controvérsias jurídicas e institucionais. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos (org.) *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código penal comentado**. 7. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

OLIVEIRA, Adriano de. Os recusados: uma experiência de moradia transitória infanto-juvenil no campo da saúde mental. 2015. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

OLIVEIRA, Adriano; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; MASSARI, Marina Galacini. Entre medicalização e recusas: crianças e adolescentes nos circuitos socioassistenciais-sanitários. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 3, p. 225-245.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: OMS, 2005.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. **Saúde e loucura**. São Paulo: Hucitec, 1990.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **Instituto de Ciências Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, Ago. 2002.

PRADO, Alessandra Rapacci Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo Oitaven. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**, v. 13, n. 2, p. 628-652, 2017.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**. V. I Parte Geral, 4º ed. São Paulo: RT, 2004.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira. 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**. 6ª. Ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

RAMMINGER, Tatiana; BRITO, Jussara Cruz de. "Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 150-160, 2011.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

RAUTER, Cristina. Por que o manicômio ainda existe? In: CONSELHO FEDERAL DE DE PSICOLOGIA. **Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade**. Brasília: CFP, 2016.

RAUTER, Cristina. O estado penal, as disciplinas e o bipoder. In: Batista, Vera Malagutti (org.) **Loic Wacquant e a Questão Penal no Capitalismo Neo Liberal**. Rio de Janeiro: Revan, 2012.

REIS, Alberto Olavo Advíncula. Saúde mental, democracia e responsabilidade. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010.

REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; CARVALHO, Salo de. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. spe, p. 68-78, 2014.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, p. 17-59, 1990.

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.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. P. 149-169.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SAMPAIO, Paulo César. Passagens. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010.

SANTOS, B. S. (Org.). **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS, Boaventura de Sousa. "Por uma concepção multicultural de direitos humanos." In: 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.

SÁ-SILVA, J. et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, a. I, n. I, p. 1-15, 2009.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos Santos. Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos (org.) **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, ano. I, n.I, jul. 2009.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014**. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015.

SILVA, Alyne Alvarez. **Das vidas que não (se)contam**: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Estado do Pará. 2015. 345 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

SILVA, Dayse Andrade Bispo; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Cotidiano de uma residência terapêutica e a produção de subjetividade. **Distúrbios da Comunicação**, v. 29, n. 2, p. 196-207, 2017.

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. 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.

SILVA, Martinho; COSTA-MOURA, Renata. De "louco infrator" a "pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei": sobre categorias governamentais e processos de vulnerabilização. **Interseções-revista de estudos interdisciplinares**, v. 15, n. 2, p. 301-329, 2013.

SILVA, Paulo Roberto Fagundes da et al. Desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2341-2352, 2017.

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 FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2101-2110, 2016.

SOUTO, Rony 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.

SPINK, Maiton Jane P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, Sept. 1993

TEDESCO, Silvia. A função ético-política das medidas de segurança no Brasil contemporâneo. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade**. Brasília: CFP, 2016.p. 258-287.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001 .

VENTURINI, Ernesto. “O caminho dos cantos”: morar e intersectorialidade na saúde mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 3, p. 471-480, 2010.

VENTURINI, Ernesto. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto da reforma psiquiátrica: realidades evidenciadas pelas inspeções e alternativas possíveis. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade**. Brasília: CFP, 2016.p. 204-230.

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.

VICENTIN, Maria Cristina G.; GRAMKOW, Gabriela; ROSA, Miriam Debieux. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciais. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 61-69, abr. 2010 a.

VICENTIN, Maria Cristina G.; GRAMKOW, Gabriela; SANTA CRUZ, Maria Angela. Adolescentes e jovens em meio às lógicas sanitário-penais: notas para uma ação ético-política. In: **Medicalização de crianças e adolescentes. Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010b.

VICENTIN, Maria Cristina. Os “intratáveis”: a patologização dos jovens em situação de vulnerabilidade. In: **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010 c.

VICTORA, Ceres G.; KNAUTH Daniela R.; HASSEN Maria de Nazareth A. Metodologias qualitativa e quantitativa. In:_____. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. Pp. 33-44.

WACQUANT, Loic. **As prisões da miséria**. São Paulo: Zahar, 1999.

WACQUANT, Loic. **Punir os pobres – a nova gestão da miséria nos Estados Unidos**. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

WACQUANT, Loic. **As duas faces do Gueto**. São Paulo: Boitempo, 2008.

WACQUANT, Loic. Bourdieu, Foucault e o Estado penal na era neoliberal. **Revista Transgressões**, v. 3, n. 1, p. 5-22, 2015.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl et al. **Direito penal brasileiro: teoria geral do direito penal**. 4ª. edição. Rio de Janeiro: Revan, 2011a.

ZAFFARONI, Eugenio Raul. **O inimigo no direito penal**. 3ª. edição. Rio de Janeiro: Revan, 2011b.

ZAFFARONI, Eugenio Raul, PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral**. 11ª. Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 460-474, 2017.

ZOMIGHANI JÚNIOR, James Humberto. Grito dos lugares: Rebeliões nas prisões e resistências à expansão do estado penal no território paulista. In: Batista, Vera Malagutti (org.) **Loic Wacquant e a Questão Penal no Capitalismo Neo Liberal**. Rio de Janeiro: Revan, 2012.

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Transinstitucionalização: Caminhos e Descaminhos das Internações de Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O objeto da presente pesquisa refere-se à relevância da questão da relação entre Justiça e Saúde, no processo no “encarceramento” do chamado “louco infrator” e a centralidade do mesmo na esfera da Justiça, em detrimento da área da Saúde, norteados pela concepção de periculosidade, que dificulta possíveis processos de transinstitucionalização, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

O objetivo geral da pesquisa é caracterizar a transinstitucionalização, definida como a passagem de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para um Hospital Psiquiátrico Comum, no âmbito da saúde, como mecanismo jurídico a possibilitar um processo de desinstitucionalização progressivo, identificando, nessa dinâmica, as demais implicações nela presentes.

Para tanto, serão entrevistados profissionais da área jurídica, tais como juízes, promotores de justiça e defensores públicos, que atuem ou tenham atuado em processos de execução de medida de segurança. Serão entrevistados, igualmente, profissionais da área da saúde, tais como psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, que tenham experiência de trabalho em hospitais psiquiátricos, que tenham recebido indivíduos advindos dos HCTPs, coordenação na área de saúde mental, entre outras.

O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma: As entrevistas serão gravadas pela Pesquisadora, em equipamento apropriado, mediante autorização do entrevistado(a). A entrevista será realizada em local determinado por cada entrevistado(a) e será realizada uma única vez e, excepcionalmente, em duas oportunidades, se necessário. O Roteiro Temático abordará, no geral, aspectos diversos envolvidos na transferência dos indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico para hospitais psiquiátricos da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), ao lado de modo como que dão as decisões para a realização das transferências.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:

Há riscos ou desconfortos mínimos para o(a) entrevistado(a) que se submeter à entrevista, pois dada à natureza dos temas discutidos no Roteiro Temático, o entrevistado(a) poderá sentir-se sensibilizado(a), em função de alguma experiência pregressa considerada negativa; poderá não se sentir à vontade para não responder alguma pergunta formulada pela entrevistadora, sem apresentar justificativa; ou também considerar que sua prática profissional esteja sendo avaliada. A sua participação é voluntária e seus dados serão tratados de forma sigilosa.

Tal pesquisa não trará ao entrevistado(a) nenhum benefício direto. Poderá, entretanto, trazer benefícios indiretos ao contribuir para a formulação de futuras políticas públicas ou legislações relacionadas aos indivíduos com transtorno mental que cometam delitos.

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 o fenômeno da transinstitucionalização, a que são submetidas as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, como mecanismo jurídico e identificar as implicações nela presentes.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O(a) entrevistado(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Ele(a) 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 o(a) entrevistado(a) 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 via deste consentimento informado será arquivada no Curso de Doutorado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida ao entrevistado(a).

Todos os aspectos éticos elencados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional 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 o(a) entrevistado(a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE: Eu, _____ fui informado(a) do tema, objeto e 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 investigadora, assim como a professora orientadora Profa. Dra. Augusta Thereza de Alvarenga informaram-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 aluna de doutorado Patrícia Maria Villa Lhacer ou a Professora Orientadora Dra. Augusta Thereza de Alvarenga no telefone (011) 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, telefone (011) 30617779, horário de funcionamento de 2^{as}. à 6^{as}. feiras, das 7 às 13 horas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via 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

Nome	Assinatura da Testemunha	
		Data

ANEXO II - ROTEIRO TEMÁTICO

1) Para iniciarmos nossa entrevista gostaríamos de fazer ao Sr uma **pergunta sobre a condição do “louco infrator”**:

1.1 - **Como o Sr vê a atual situação do “louco infrator”**, quer em termos jurídicos, quer em termos de Direitos Humanos, no Brasil e em São Paulo?

2) Se realizarmos um **comparativo entre o indivíduo imputável**, que é condenado e lhe é aplicada uma pena, e o **“louco infrator”**, que é absolvido impropriamente, **surge-nos a seguinte indagação relevante**:

2.1 - Que questões relacionadas ao cumprimento da Medida de Segurança nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), em São Paulo, o **Sr vê** como relevantes e/ou problemáticas em termos de direitos humanos e dos cuidados em saúde desses indivíduos?

3) No caso do “louco infrator”, ao invés de pena **há imposição de Medida de Segurança**, tendo como base a **idéia de periculosidade**. **Daí nossa indagação**:

3.1 - No seu entendimento, que conceito ou ideia de periculosidade a Justiça opera primordialmente, tendo em vista que não se trata de um termo com definição precisa, mas que pode ser entendido ou definido de diferentes maneiras? Que problemas jurídicos e de cuidados em saúde o mesmo acarreta?

4) Um dos problemas observados na pesquisa documental, que realizamos previamente a essa entrevista, é a **difículdade para se obter o Laudo de Cessação de Periculosidade para um processo de Desinstitucionalização** desses indivíduos.

4.1 - O Sr poderia me dizer quais os possíveis motivos para essa dificuldade na obtenção do Laudo de Cessação de Periculosidade, em São Paulo?

5) Na **pesquisa documental**, realizada previamente a essa entrevista, constatamos o fato de que os **Laudos de Cessação de Periculosidade emitidos ano a ano mantém grande semelhança entre si**, tendo como referência o primeiro laudo emitido pelo perito psiquiatra no 1º. Ano da internação do indivíduo no HCTP.

Diante disso, temos as seguintes indagações ao Sr:

5.1 – Quais os possíveis motivos dessa reprodução sequencial de laudos com os mesmo conteúdos, considerando a perspectiva dos direitos humanos e da Justiça?

5.2 – Como esses laudos “padronizados” tendem a manter a condição de periculosidade desses indivíduos, o **Sr considera** que tal fato poderia dificultar o processo de desinstitucionalização, considerando a questão dos direitos humanos e da Justiça?

6) Considerando o **Teor da Súmula 527**, do Superior Tribunal de Justiça (STJ), assim **como o entendimento do Supremo Tribunal Federal** de que o **tempo máximo de cumprimento da medida de segurança é de 30 anos**, tempo máximo da pena, como para o preso comum, temos as seguintes indagações ao Sr:

6.1 – Podemos considerar que, em termos jurídicos, em relação ao prazo da Medida de Segurança, haveria uma aproximação entre os direitos dos imputáveis e os direitos dos inimputáveis, **daí a nossa indagação**: Podemos entender que o Laudo de Cessação de Periculosidade não seria condição necessária para a extinção da Medida de Segurança?

6.2 – O Sr. considera que a aplicação da Súmula 527 do STJ e o entendimento do STF sobre o prazo máximo de 30 anos da medida de segurança abririam, em tese,

alguma possibilidade de Desinstitucionalização dos indivíduos que cumprem Medida de Segurança de internação, na perspectiva dos direitos humanos?

6.3 – Como o Sr entende o fato de que o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo não esteja adotando, majoritariamente, esse entendimento dos Tribunais Superiores (STJ e STF), exigindo o Laudo de Cessação de Periculosidade?

6.4 – Quais as implicações da não adoção desse entendimento do STJ e STF pelo TJ/SP para o cumprimento da Medida de Segurança, visando maior equidade em relação ao “louco infrator”?

6.5- Partindo do pressuposto de que a aplicação do entendimento dos Tribunais Superiores depende, atualmente, de uma série de recursos por parte da defesa do “louco infrator”, de forma individual, **na sua visão, qual seria o melhor caminho** para que esse direito fosse garantido, de fato, a todos os indivíduos?

6.6 - Se aplicado esse entendimento dos Tribunais Superiores, em nosso Estado, o Sr visualiza que possibilidades de se iniciar um processo de transferências interinstitucionais, notadamente, entre os setores da Justiça, Saúde, entre outros, para o início de um processo de Desinstitucionalização?

7) Como podemos **ir além da lógica imposta pelo Código Penal para um processo de Desinstitucionalização**, uma vez que, notadamente em São Paulo, há uma **ausência de diálogo entre duas lógicas que presidem o tratamento dispensado ao “louco infrator”**: De um lado, a **Justiça considera um avanço** a transferência dos indivíduos do HCTP para os Hospitais Psiquiátricos Comuns. De outro: **para a área da Saúde representaria um entrave** para o processo da **Reforma Psiquiátrica**, uma vez que a transferência desses indivíduos para Hospitais Psiquiátricos Comuns impediria o fechamento dessas instituições.

Daí, diante do não diálogo e de diferentes interesses entre Justiça e Saúde, temos um conjunto de questões relevantes para suas considerações:

7.1 – Os indivíduos que são transferidos dos HCTPs para Hospitais Psiquiátricos Comuns, e não possuem Laudo de Cessação de Periculosidade, tem sido internados compulsoriamente e interditados pelo Ministério Público na esfera cível. Na sua visão, o que isso representaria, do ponto de vista jurídico e quais seriam as implicações mais significativas dessa transferência de tutela desse indivíduo da Justiça Criminal para a área cível?

7.2- Nessa situação de transferência de tutela do HTPC para o HP poderíamos aventar que os processos cíveis de internação compulsória, cumulados com interdição, estão baseados em fundamento jurídico do processo criminal, que é a periculosidade do indivíduo. Assim, entendemos que, a lógica criminal passa a presidir o processo cível. **Daí a pergunta:** Que tipo de amparo legal existe para que a lógica criminal presida o processo cível nos casos internação compulsória, cumulados com interdição, considerando a perspectiva da Reforma Psiquiátrica?

7.3 – Nesses processos de internação compulsória, segundo nossa pesquisa documental, há juízes que determinam a permanência do “louco infrator” no HCTP e não sua transferência para o Hospital Psiquiátrico Comum, apesar da extinção da Medida de Segurança. **Daí a pergunta:** No seu entendimento existe amparo legal para a permanência desse indivíduo no HCTP?

7.4- **Na sua visão, o que impediria a transferência desses indivíduos dos HCTPs para as Residências Terapêuticas**, que segundo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica seria o equipamento extrahospitalar mais adequado para receber indivíduos longamente institucionalizados?

7.5 – Ainda segundo nossa pesquisa documental, a internação compulsória desses indivíduos tem impedido que os mesmos saíam dos Hospitais Psiquiátricos, ainda que tenham obtido alta médica. **Diante disso, surge a questão:** Que estratégias poderiam ser pensadas para que a desinstitucionalização desses indivíduos fosse facilitada e/ou realmente alcançada nesses casos?

7.6- Os laudos emitidos nos Hospitais Psiquiátricos Comuns mostram-se discrepantes quando comparados com os laudos realizados pelos peritos psiquiatras dos HCTPs, pois, além de descreverem indivíduos “não perigosos”, em nossa pesquisa documental, concluem, diferentemente, que os indivíduos podem conviver em sociedade. **Questão presente:** A que o Sr atribuiria essa diferença entre laudos, considerando que o laudo dos peritos, conforme questão no. 5 desse Roteiro Temático, se apresenta de maneira padronizada?

7.7 –Qual a importância de repensarmos o papel exercido pelo Ministério Público nesses processos de internação compulsória com interdição, à luz de seu papel constitucional de proteção de interesses difusos e coletivos, conforme artigo 129, III, da Constituição Federal, notadamente, em relação a grupos de vulneráveis, como é o caso do “louco infrator”?

7.8 – Finalizando essa série de questões sobre internação compulsória e diante das reflexões propostas até aqui, qual a importância da atuação institucional da Defensoria Pública e de seus Defensores em cada um dos processos criminais de execução de medida de segurança e de internação compulsória, com vistas à garantia de direitos do “louco infrator”, bem como visando sua possível desinstitucionalização?

8) Outra questão relevante de nossa pesquisa é a Desinternação Condicional e a imposição da condição de tratamento ambulatorial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou nos Ambulatórios de Saúde Mental do Município em que o indivíduo irá residir, quando possui respaldo familiar, durante esse período. Segundo nossa pesquisa documental, de forma usual, o **Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo tem entendido pela possibilidade de que essa condição seja imposta, questão essa considerada **controversa no meio jurídico**. **Daí, nossa indagação:****

8.1 –Como o **Sr vê**, em termos jurídicos, a imposição da condição de tratamento ambulatorial durante a desinternação condicional, na medida em que ela não está expressamente prevista nos artigos 132 e 178 da Lei de Execução Penal?

Art. 132. Deferido o pedido, o Juiz especificará as condições a que fica subordinado o livramento.

§ 1º Serão sempre impostas ao liberado condicional as obrigações seguintes:

- a) obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho;
- b) comunicar periodicamente ao Juiz sua ocupação;
- c) não mudar do território da comarca do Juízo da execução, sem prévia autorização deste.

§ 2º Poderão ainda ser impostas ao liberado condicional, entre outras obrigações, as seguintes:

- a) não mudar de residência sem comunicação ao Juiz e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção;
- b) recolher-se à habitação em hora fixada;
- c) não freqüentar determinados lugares.

Art. 178. Nas hipóteses de desinternação ou de liberação (artigo 97, § 3º, do Código Penal), aplicar-se-á o disposto nos artigos 132 e 133 desta Lei.

9) Com a **imposição da condição de tratamento ambulatorial**, observamos na pesquisa documental que o período de **1 ano da desinternação condicional tem se prolongado** até que sobrevenha **novo laudo de cessação de periculosidade**, fazendo com que o indivíduo esteja submetido a tratamento ambulatorial **por período indeterminado** ou, em alguns casos, haja a determinação da prorrogação da medida de segurança de tratamento ambulatorial, ainda que o indivíduo esteja em desinternação. Daí, as nossas questões:

9.1 – Que fundamentos jurídicos justificariam a prorrogação do prazo de 1 ano da desinternação condicional, tendo em vista a exigência do laudo de cessação de periculosidade?

9.2 – Que tipos de implicações haveria para o “louco infrator” dessa prorrogação contínua do período de desinternação condicional?

9.3 – Qual o papel e a responsabilidade do setor saúde perante a Justiça nessa contínua prorrogação do período de desinternação condicional, na medida em que são exigidos, pela própria Justiça, laudos anuais de cessação de periculosidade?

10) Diante das perguntas até aqui formuladas e considerando o **papel secundário ocupado pela saúde, a tutela exercida pelo Poder Judiciário**, em relação ao “louco infrator”, assim como a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP)**, nossa **indagação básica é a seguinte**:

10.1 - De que forma uma atuação interinstitucional de co-responsabilidade, envolvendo, notadamente, Justiça e Saúde poderia ser iniciada

e/ou aperfeiçoada para melhor atender as demandas e reais necessidades do “louco infrator” na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, que defende, em termos de saúde mental, a desinstitucionalização de pacientes mesmo crônicos ?

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) - Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Equipes de Avaliação e Acompanhamento da Medida Terapêutica da Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAPs) - Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

11) Pelas indagações que trouxemos até agora, a **hipótese básica presente**, em nosso trabalho, seria a de que a **problemática central do tema** estaria na **hegemonia que o Poder Judiciário** exerce perante o “louco infrator”, tendo em vista o **papel secundário que a Saúde** parece exercer ao longo das trajetórias dos internos, o que poderia estar suscitando toda essa ordem complexa de questões aqui apresentadas. **Daí decorrem as seguintes questões:**

11.1- Como identificar estratégias ou saídas para a solução dessa problemática do “louco infrator”, em São Paulo, tendo em vista a resistência do Poder Judiciário em encaminhar os indivíduos em cumprimento de medida de segurança de internação diretamente para os CAPs ou para as Residências Terapêuticas, nos casos de pacientes crônicos, longamente institucionalizados?

11.2- Como o Sr vê, para um processo de desinstitucionalização, a possibilidade do “louco infrator” ser acolhido pela família e contar com assistência de

uma equipe multidisciplinar no CAPS para uma atenção integral aos seus cuidados de sua saúde em geral, assim como de sua saúde mental, em especial, atendendo aos preceitos da Reforma Psiquiátrica?

11.3 – Nos casos em que o interno não possa contar com a família para seu acolhimento em meio aberto, para um processo de desinstitucionalização, como o Sr vê as residências terapêuticas, como forma de atendimento e novo modo de vida e cuidados em saúde para o “louco infrator”, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica?

11.4 – Diante dos casos dos indivíduos que se encontram nos HCTPs com medidas de seguranças extintas, ou daqueles que tem sido internados compulsoriamente na esfera cível, após o cumprimento da medida de segurança, o Sr considera que o encaminhamento desses casos aos mecanismos internacionais de proteção aos Direitos Humanos, como a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e, se o caso, para a Corte Interamericana de Direitos Humanos poderia representar uma dessas estratégias?

12) O Sr considera possível pensar na existência de uma rede integrada de ações interprofissionais e interdisciplinares, que integre Saúde, Justiça, Assistência Social, entre outros setores que, de fato, possa promover a desinstitucionalização desses indivíduos, até agora invisíveis e que não possuem seus direitos de cidadania reconhecidos e contemplados?

13) Como as experiências do PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator), em Goiás, e do PAI/PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental), de Minas Gerais, que são programas inovadores de atendimento de pessoas submetidas a medida de segurança, poderiam inspirar mudanças substantivas para transformar o tipo de atendimento até agora dispensando ao “louco infrator”, tendo como referência os direitos humanos e os preceitos da Reforma Psiquiátrica?

CURRÍCULO LATTES

Augusta Thereza de Alvarenga

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3156337504500583>
- ID Lattes: **3156337504500583**
- Última atualização do currículo em 02/10/2017

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1970), possui mestrado (1978) e doutorado (1985) em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, pós-doutorado pela Université Paris VIII, França (1990) e livre-docência pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2013). Professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo desde 1977 exerce, atualmente, atividades de ensino e de pesquisa como Professor Sênior, com destaque para os seguintes temas: saúde reprodutiva e saúde sexual, gênero, violência, contracepção, desigualdade social, epistemologia em saúde, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome
Augusta Thereza de Alvarenga
Nome em citações bibliográficas
ALVARENGA, A. T.;ALVARENGA, AUGUSTA THEREZA;ALVARENGA, AUGUSTA THEREZA DE;AT ALVARENGA;ALVARENGA, AT;AT, ALVARENGA;AT Alvarenga
Lattes iD
http://lattes.cnpq.br/3156337504500583

Endereço

Endereço Profissional
Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. AV. DR. ARNALDO N. 715 CERQUEIRA CESAR 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617703 Fax: (11) 30850240

Formação acadêmica/titulação

1978 - 1985

Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
 Título: O Conceito de Risco na Área Materno-Infantil: considerações teóricas, Metodológicas e de Aplicação, Ano de obtenção: 1985.
 Orientador: Pedro Augusto Marcondes de Almeida.
 Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
 Grande área: Ciências da Saúde

1974 - 1978

Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
 Título: CONTRIBUICAO AO ESTUDO DAS RELACOES ENTRE STATUS SOCIO-ECONOMICO FAMILIAR E SAUDE MATERNA, Ano de Obtenção: 1978.
 Orientador: CIRO CYARI JUNIOR.
 Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
 Grande área: Ciências da Saúde

1972 - 1972

Especialização em Curso Para Graduados Em Saúde Pública.
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1966 - 1970

Graduação em Ciências Sociais.
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Pós-doutorado e Livre-docência

2013

Livre-docência.
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
 Título: Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade: reflexões sobre a ciência de passar e transpassar fronteiras do conhecimento, Ano de obtenção: 2013.

1990 - 1990

Pós-Doutorado.
 Universite Paris VIII, U.P.VIII, França.

Atuação Profissional

Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP-USP, Brasil.

Vínculo institucional

2008 - 2017

Vínculo: , Enquadramento Funcional:

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

2013 - Atual

Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Professor Sênior

Vínculo institucional**2013 - 2013**

Vínculo: , Enquadramento Funcional: Professor Associado, Carga horária: 40, Regime: Dedicção exclusiva.

Outras informações

Vínculo: Sênior.

Vínculo institucional**1977 - 2013**

Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Professor Doutor, Carga horária: 40, Regime: Dedicção exclusiva.

Atividades**01/2012 - Atual**

Ensino, Saúde Pública, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas

HSM - 0112 Introdução ao Pensamento Científico e sua Complexidade

08/2010 - Atual

Ensino, Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas

SCS-5701 Fundamentos da Investigação Científica

1/2002 - Atual

Pesquisa e desenvolvimento , Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.

Linhas de pesquisa

[Saúde Reprodutiva, Gênero, Sexualidade e Sociedade](#)

[Epistemologia em Saúde, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade](#)

01/2002 - Atual

Ensino, Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas

SCS-5716 Seminários de Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Gênero

02/2015 - 03/2015

Ensino, Doutorado Interinstitucional USP/UFAc, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
Oficinas sobre Elaboração de Projeto de Pesquisa Monográfica e a Dialógica da Investigação Científica - 24 horas

01/2015 - 02/2015

Ensino, Doutorado Interinstitucional USP/UFAC, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
Oficinas sobre Elaboração de Projeto de Pesquisa Monográfica e a Dialógica da Investigação Científica - 28 horas

03/2010 - 09/2013

Conselhos, Comissões e Consultoria, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.

Cargo ou função
Membro titular como representante docente categoria professor Doutor junto ao Conselho Técnico Administrativo.

03/2009 - 09/2013

Conselhos, Comissões e Consultoria, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.

Cargo ou função
Comissão de Biblioteca - membro suplente.

08/2008 - 09/2013

Conselhos, Comissões e Consultoria, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.

Cargo ou função
Membro Titular do Conselho do Departamento de Saúde Materno-Infantil.

2013 - 2013

Ensino, Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
Aula sobre o tema - Saúde Ambiental e Saúde Pública: complexidade dos objetos e desafios interdisciplinares, na disciplina HSA5745 - Seminários de Saúde Ambiental

2012 - 2012

Ensino, Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
Aula sobre o tema Interdisciplinaridade no ensino e pesquisa em saúde pública, na disciplina FSP5701 - Saúde Pública: campo de conhecimento e aplicações

2011 - 2011

Ensino, Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
Aula sobre o tema A Saúde Pública como campo de conhecimento e práticas, na disciplina FSP5701 - Saúde Pública: campo de conhecimento e aplicações

04/2002 - 06/2010

Ensino, Ciências Biológicas, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas
HSM 105 Saúde Coletiva

11/2006 - 11/2009

Ensino, Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
HSM 5732 Seminários de Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Gênero

1/1992 - 9/2009

Ensino, Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
HSM - 5707 FUNDAMENTOS DA INVESTIGAÇÃO CIENTIFICA

08/2008 - 10/2008

Ensino, Ciências Biológicas, Nível: Graduação

Disciplinas ministradas
HSM 0110 Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva

03/2003 - 08/2008

Conselhos, Comissões e Consultoria, Faculdade de Saúde Pública, .

Cargo ou função
Membro Suplente do Conselho de Departamento de Saúde Materno-Infantil.

09/2003 - 09/2006

Conselhos, Comissões e Consultoria, Faculdade de Saúde Pública, .

Cargo ou função
Membro Suplente da Comissão de Pós-Graduação/Faculdade de Saúde Publica/USP.

11/2003 - 11/2005

Ensino, Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
HSM5722 Seminários de Saúde Reprodutiva e questões de gênero

02/2005 - 06/2005

Extensão universitária , Faculdade de Saúde Pública, .

Atividade de extensão realizada
Coordenadora do Curso de Difusão - Moradores de rua na cidade de São Paulo: novos olhares, novas possibilidades.

03/2000 - 02/2005

Conselhos, Comissões e Consultoria, Faculdade de Saúde Pública, .

Cargo ou função
Membro Suplente da Comissão de Pós-Graduação/Faculdade de Saúde Pública/USP.

5/2000 - 10/2003

Ensino, Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
HSM - 5722 Seminários de Saúde Reprodutiva

03/1995 - 02/2003

Conselhos, Comissões e Consultoria, Faculdade de Saúde Pública, .

Cargo ou função
Membro Titular do Conselho do Departamento de Saúde Materno-Infantil.

02/2002 - 04/2002

Extensão universitária , Faculdade de Saúde Pública, .

Atividade de extensão realizada
Curso de Extensão Etnia e Saúde.

1/1985 - 12/1998

Ensino, Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
HSM -5700 ABORDAGEM DE RISCO EM SAÚDE MATERNO INFANTIL

03/1993 - 02/1998

Conselhos, Comissões e Consultoria, Faculdade de Saúde Pública, .

Cargo ou função
Membro Titular Comissão de Pós-Graduação/Faculdade de Saúde Pública/USP.

3/1995 - 3/1996

Direção e administração, Faculdade de Saúde Pública, .

Cargo ou função
Vice-Presidente da Comissão de Pós-Graduação.

5/1993 - 5/1995

Direção e administração, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.

Cargo ou função
Chefe de Departamento.

03/1985 - 02/1993

Conselhos, Comissões e Consultoria, Faculdade de Saúde Pública, .

Cargo ou função
Membro Suplente da Comissão de Pós-Graduação/Faculdade de Saúde Pública/USP.

4/1991 - 4/1992

Direção e administração, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.

Cargo ou função
Vice-Chefe de Departamento.

Fundação Antônio Prudente, FAP, Brasil.

Vínculo institucional

2011 - 2011

Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Colaborador

Atividades

2011 - 2011

Ensino, Oncologia, Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas

Aula sobre o tema Fundamentos filosóficos da ciência e os desafios metodológicos - teóricos e técnicos - da investigação no campo da saúde, na disciplina Metodologia da Pesquisa Científica

Patrícia Maria Villa Lhacer

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1937035124794063>
- ID Lattes: **1937035124794063**
- Última atualização do currículo em 03/10/2019

Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo(2013). Possui Especialização em Ciências Humanas pela Universidade de Campinas (2006) e Especialização em Direitos Difusos e Coletivos pela Universidade da Amazônia(2006). Graduada em Direito pela Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo(1996). Bacharel e licenciada em História pela Universidade de São Paulo (1995). Professora Concursada de Direito Penal e Processo Penal da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). Coordenadora do Núcleo de Justiça Restaurativa da Comarca de São Caetano do Sul e do Observatório de Justiça Restaurativa da Universidade de São Caetano do Sul. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Patrícia Maria Villa Lhacer

Nome

LHACER, P. M. V.

Nome em citações bibliográficas

<http://lattes.cnpq.br/1937035124794063>

Lattes iD

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2016 - 2019

Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Transinstitucionalização: Caminhos e Descaminhos na Dinâmica de Internações e Desinternações de Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Estado de São Paulo, Ano de obtenção: 2019.
Orientador: Augusta Thereza de Alvarenga.

2010 - 2013

Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: 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, Ano de Obtenção: 2013.
Orientador: Augusta Thereza de Alvarenga.

2005 - 2006

Especialização em CIDADANIA E CULTURA. (Carga Horária: 360h).
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.
Título: HISTÓRIA NO ENSINO MÉDIO : CONSCIENTIZAÇÃO PARA UMA EFETIVA PARTICIPAÇÃO SOCIAL.
Orientador: ELIANA MOURA DA SILVA.
Bolsista do(a): SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, SEE/CENP, Brasil.

2005 - 2006

Especialização em DIREITOS DIFUSOS E COLETIVOS. (Carga Horária: 435h).
Universidade da Amazônia, UNAMA, Brasil.
Título: CLAUSULAS NULAS NOS CONTRATOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA: A QUESTÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA..
Orientador: RENATA H. F. CAMARGO VIANA.

1992 - 1996

Graduação em DIREITO.
Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo, FDSBC, Brasil.

1990 - 1995

Graduação em LICENCIATURA E BACHARELADO EM HISTÓRIA.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1987 - 1989

Ensino Médio (2º grau).
Colégio Bandeirantes, CB*, Brasil.

Formação Complementar

2006 - 2006

Extensão universitária em AS NOVAS TENDÊNCIAS DO PROCESSO CIVIL. (Carga horária: 80h).
Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo, FDSBC, Brasil.

1998 - 1998

Teoria e Prática no Tribunal do Júri. (Carga horária: 32h).
Ordem dos Advogados do Brasil, OAB, Brasil.

Atuação Profissional

Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo, FDSBC, Brasil.

Vínculo institucional

2014 - 2016

Vínculo: outros, Enquadramento Funcional: Professora Convidada

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

2013 - Atual

Vínculo: , Enquadramento Funcional:

Universidade do Grande ABC, UNIABC, Brasil.

Vínculo institucional

2012 - 2017

Vínculo: , Enquadramento Funcional: Professor Assistente, Carga horária: 20

Instituto Educacional do Estado de São Paulo, IESP, Brasil.

Vínculo institucional

2010 - 2015

Vínculo: Celetista formal, Enquadramento Funcional: Professor, Carga horária: 4

Faculdade Anchieta, FA, Brasil.

Vínculo institucional

2009 - 2012

Vínculo: Celetista formal, Enquadramento Funcional: Professor titular, Carga horária: 20

ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA, ADV, Brasil.

Vínculo institucional

1997 - Atual

Vínculo: PROFISSIONAL LIBERAL, Enquadramento Funcional: AUTÔNOMA

Outras informações

EXERÇO A ADVOCACIA EM ESCRITÓRIO LOCALIZADO NA CIDADE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. INSCRITA NO CONVÊNIO DE ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA OAB/DP. ATUO PRINCIPALMENTE NA ÁREA DE DEFESA DO CONSUMIDOR E TRIBUNAL DO JÚRI.

Atividades**05/2009 - Atual**

Ensino,

Disciplinas ministradas

Direito Penal e Direito do Consumidor para Cursos Preparatórios para concursos.

Universidade Municipal de São Caetano do Sul, USCS, Brasil.**Vínculo institucional****2018 - Atual**

Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Coordenadora Observatório JR

Outras informações

Coordenadora do Observatório de Justiça Restaurativa da Universidade e do Núcleo de Justiça Restaurativa da Comarca de São Caetano do Sul, em convênio com o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Vínculo institucional**2013 - Atual**

Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Professor, Carga horária: 20

Vínculo institucional**2016 - 2018**

Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Coordenadora NAJ, Carga horária: 20

Outras informações

Coordenadora Técnica do Núcleo de Assistência Jurídica (NAJ) em Convênio com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Projetos de pesquisa

2018 - Atual

Justiça Restaurativa e suas diferentes perspectivas

Descrição: O projeto possui como objetivo central a pesquisa da aplicação dos princípios da Justiça Restaurativa em diferentes contextos sócio-jurídicos, a partir da realidade brasileira..

Situação: Em andamento; Natureza: Pesquisa.

Alunos envolvidos: Graduação: (2) .

Integrantes: Patrícia Maria Villa Lhacer - Coordenador / Alexandre Esteves dos Santos - Integrante / Mariana de Oliveira dos Santos - Integrante / Estela Cristina Bonjardim - Integrante.

2015 - 2017

Inimputáveis sob Custódia: em foco a (res)socialização

Descrição: O presente projeto de Iniciação Científica visa a pesquisa de alternativas e desafios para a ressocialização de adultos com sofrimento mental em conflito com a lei no cumprimento das medidas de segurança..

Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.
Alunos envolvidos: Graduação: (1) .

Integrantes: Patrícia Maria Villa Lhacer - Coordenador / Rita de Cassia Fernandes - Integrante.

2013 - Atual

Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no contexto da Ciência Contemporânea: discussões teórico-metodológicas acerca das possibilidades e desafios investigativos para o avanço do conhecimento no tratamento de problemas complexos em geral

Descrição: Este projeto tem como objetivo buscar tecer, por um lado, reflexões acerca dos limites do paradigma hegemônico da Ciência Moderna no tratamento dos fenômenos complexos, em função de seus fundamentos ontológicos, epistemológicos e lógicos de natureza positivista, ao lado de sua centralidade no pensamento disciplinar e, por outro, apresentar e aprofundar discussões sobre a relevância de que se revestem as novas propostas da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade para a inovação e avanço na produção de conhecimento na Ciência Contemporânea, a partir das buscas de enfrentamento dos desafios epistemológicos e lógicos presentes no tratamento dos fenômenos complexos em geral, ganhando destaque áreas ou campos caracteristicamente interdisciplinares como é o caso da Saúde Pública, em especial.. Situação: Em andamento; Natureza: Pesquisa..
Situação: Em andamento; Natureza: Pesquisa.

Integrantes: Patrícia Maria Villa Lhacer - Integrante / Augusta Thereza de Alavarenga - Coordenador.

Produções

Produção bibliográfica

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1.

I Congresso Internacional do Nordeste de Psicologia Jurídica e Direito Penal. A LEI 10.216/2001 E A DERROGAÇÃO DO CODIGO PENAL: A DESCONSTRUÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA E SUA PERSPECTIVA PUNITIVA NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.. 2016. (Congresso).

2.

IV Seminário de Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 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. 2013. (Seminário).

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. **LHACER, P. M. V.** II Seminário Interdisciplinar dos Cursos de Direito, Pedagogia e Psicologia da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - Direitos Sexuais e Reprodutivos. 2016. (Outro).
2. **LHACER, P. M. V.** I Seminário Interdisciplinar dos Cursos de Direito, Pedagogia e Psicologia da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - Direito da Infância e Juventude. 2015. (Outro).

Orientações

Orientações e supervisões em andamento

Trabalho de conclusão de curso de graduação

1. Larissa de Oliveira da Silva. Medidas de segurança e Reforma Psiquiátrica. Início: 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. (Orientador).

Iniciação científica

1. Mariana de Oliveira dos Santos. Justiça Restaurativa e Ato Infracional: desafios e possibilidades, a partir do Município de São Caetano do Sul. Início: 2018. Iniciação científica (Graduando em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul, USCS. (Orientador).
2. Amanda Aparecida dos Santos. Justiça Restaurativa e Violência Doméstica e Familiar contra a mulher: um encontro possível?. Início: 2018. Iniciação científica (Graduando em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. (Orientador).

Orientações e supervisões concluídas

Trabalho de conclusão de curso de graduação

1. Nathália de Assis. Teoria do Etiquetamento Social. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.
2. Carlos Mantuan. Justiça Desportiva. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

3.

Renato Allison. Prisão em flagrante. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

4.

Rita de Cássia Simões Fernandes. Medidas de Segurança e a ilegalidade da PIII de Pinheiros. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

5.

Nathalia Matos. Homossexuais e a aplicação da Lei Maria da Penha. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

6.

Thainá dos Santos. Homicídio Privilegiado e Violência Doméstica. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

7.

Luis Gustavo de Sousa. O ENCARCERAMENTO FEMININO E A VISITA COMO FORMA DE RESSOCIALIZAÇÃO. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

8.

Andressa Magnani Reis. Pornografia infantil virtual: nas manhas e artimanhas do abuso e exploração da criança e do adolescente. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

9.

Suellen Justino. Infanticídio Indígena e a lei do. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

10.

Marcos Moreira Saraiva. A violação da dignidade da pessoa humana no cumprimento da pena privativa de liberdade. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

11.

Alvaro Campoli. Breves apontamentos sobre o sistema carcerário brasileiro. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

12.

TALYTA DULTRA CUSTÓDIO DOS SANTOS. Crime de ameaça na Lei Maria da Penha. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

13.

HELLEN CRISTIANE ROMANINI PESSOA. O Garantismo no Processo Penal Juvenil. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade Anhanguera de São Paulo. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

- 14.**
ROSELI DE OLIVEIRA VITAL MORAES. O NOVO MODELO LEGISLATIVO PÁTRIO DE REPRESSÃO ÀS INFRAÇÕES PENAS RELACIONADAS ÀS DROGAS ILÍCITAS: O USUÁRIO E O TRAFICANTE NA NOVA LEI DE DROGAS. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade Anhanguera de São Paulo. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.
- 15.**
Camila de Carvalho Medeiros. Eutanásia: Uma Abordagem sob a perspectiva do Direito Penal Brasileiro. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.
- 16.**
Alan Ferreira Franco. Contrabando e Descaminho: Nova Tipificação e Antigos Debates. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.
- 17.**
Thaís Francesconi. Sociopatia: Interface entre o Direito Penal e a Saúde Mental. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.
- 18.**
Alexandra Pinheiro Sinholeli. Educação Formal e a Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida: Interface de um Diálogo Socializador. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.
- 19.**
Amanda de Souza Silva. Maternidade no Cárcere. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.
- 20.**
Thiago Baradel. A Influência da Mídia nos Casos de Júri Popular. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.
- 21.**
Alessandra Lang Novaes. Videoconferência no Processo Penal. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.
- 22.**
Joelma Neves Pereira. Aborto provocado pela gestante. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Instituto Educacional do Estado de São Paulo. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.
- 23.**
Leonardo Henrique Marini. Concurso de Crimes e Unidade Processual. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Instituto Educacional do Estado de São Paulo. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.
- 24.**
Rebeca Ferreira Gama de Sena. Poder investigatório do Ministério Público no âmbito federal. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Instituto Educacional do Estado de São Paulo. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

Francisca Vieira da Silva de Oliveira. Crimes dolosos no trânsito. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Instituto Educacional do Estado de São Paulo. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

26.

Paulo José de Souza. Monitoramento eletrônico na execução penal. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Instituto Educacional do Estado de São Paulo. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

27.

Mirla Saraiva de Souza. Do excesso da legítima defesa. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Instituto Educacional do Estado de São Paulo. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

28.

Isabel Cristina da Silva. A Função Ressocializadora da Pena Privativa de Liberdade no Ordenamento Jurídico Brasileiro. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

29.

Antônio Hélio Zanatta. Homicídio nos Crimes de Trânsito. Dolo ou Culpa?. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

30.

Rubializ Nogueira Barbato. Medidas Protetivas Sob a Luz da Lei Maria da Penha. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

31.

LUIS HENRIQUE DA SILVA REZENDE. O CUMPRIMENTO DAS PENAS PRIVATIVAS DE LIBERDADE EM REGIMENTO FECHADO NO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO E SUA INTERFACE COM OS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Universidade do Grande ABC. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

32.

Simone Carvalho. Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

33.

Ronaldo César Beretta. Reincidência Criminal em confronto aos princípios penais constitucionais. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

34.

Débora Santos de Oliveira. Aspectos Jurídicos da recusa de terapias transfusionais em testemunhas de Jeová. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

35.

Juliana Camilo Menezes. Homicídio Culposos no Código de Trânsito Brasileiro. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

36.

Israel Ricardo Araújo. O direito de defesa no Inquérito Policial. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

37.

Patricia Lopes Araújo. O poder investigatório do Ministério Público no Inquérito Policial. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

38.

Rosana Billachi. Homicídios Passionais. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

39.

Érica Costa. A efetividade da Lei Maria da Penha. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

40.

Douglas Alves. Adolescente em conflito com a lei: medidas sócioeducativas na ECA. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

41.

Francisco de Assis Garrone. História das Prisões Brasileiras. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

42.

Mara Silvia de Carvalho. Aborto e anencefalia. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

43.

Cássia Aparecida Bueno. Do crime de assédio sexual. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

44.

Hirochi Ohata. Responsabilidade Penal na Embriaguez. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

45.

Zenildo da Silva. Aborto Necessário. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

46.

Odete Maria de Jesus. Lei Maria da Penha: instrumento eficaz para o combate da violência doméstica?. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

47.

Rosana Vilela. Planos de Saúde: a cobertura das doenças e lesões preexistentes. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Direito) - Faculdade Anchieta. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

Iniciação científica

1.

Rafaela dos Santos Gonçalves. LEI MARIA DA PENHA NOS TRIBUNAIS: TRANSEXUALIDADE, VIOLÊNCIA E GÊNERO.. 2017. Iniciação Científica. (Graduando em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

2.

Rita de Cássia Simões Fernandes. A LEI 10.216/2001 E A DERROGAÇÃO DO CODIGO PENAL: A DESCONSTRUÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA E SUA PERSPECTIVA PUNITIVA NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIATRICA.. 2016. Iniciação Científica. (Graduando em Direito) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.

3.

Alexandra Pinheiro Sinhareli. A educação formal como forma de ressocialização de adolescentes em conflito com a lei. 2014. Iniciação Científica. (Graduando em Direito) - Universidade Anhanguera de São Paulo. Orientador: Patrícia Maria Villa Lhacer.