

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE DIREITO**

FRANCISCO JOSÉ PASCHOAL

**A MEDIDA DE SEGURANÇA E SEUS DESDOBRAMENTOS PROCESSUAIS E
PSIQUIÁTRICOS:
a proteção da saúde mental no âmbito do Direito Penal e do Sistema Prisional.**

**Juiz de Fora
2020**

FRANCISCO JOSÉ PASCHOAL

**A MEDIDA DE SEGURANÇA E SEUS DESDOBRAMENTOS PROCESSUAIS E
PSIQUIÁTRICOS:
a proteção da saúde mental no âmbito do Direito Penal e do Sistema Prisional.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Direito, sob orientação do Professor Cleverson Raymundo Sbarzi Guedes.

Juiz de Fora

2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Paschoal, Francisco José.

A medida de segurança e seus desdobramentos processuais e psiquiátricos : a proteção da saúde mental no âmbito do Direito Penal e do Sistema Prisional. / Francisco José Paschoal. -- 2020. 59 f.

Orientador: Cleverson Raymundo Sbarzi Guedes
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Direito, 2020.

1. Medida de Segurança. 2. Direito Penal. 3. Psiquiatria Forense. 4. Reforma Psiquiátrica. I. Guedes, Cleverson Raymundo Sbarzi, orient. II. Título.

FRANCISCO JOSÉ PASCHOAL

**A MEDIDA DE SEGURANÇA E SEUS DESDOBRAMENTOS PROCESSUAIS E
PSIQUIÁTRICOS:
a proteção da saúde mental no âmbito do Direito Penal e do Sistema Prisional.**

PASCHOAL, Francisco José. A medida de segurança e seus desdobramentos processuais e psiquiátricos: A proteção da saúde mental no âmbito do Direito Penal e do Sistema Prisional. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Direito.

Data de defesa: ____/____/____.

Resultado: _____.

BANCA EXAMINADORA

Orientador – Professor Cleverson Raymundo Sbarzi Guedes
Universidade Federal de Juiz de Fora

Professor Cristiano Álvares Valladares do Lago
Universidade Federal de Juiz de Fora

Professor Luis Antônio Barroso Rodrigues
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho à Terezinha, ao Flávio (*in memorian*), à Renata, à Yvany (*in memorian*) e ao Ésio (*in memorian*).

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que, direta ou indiretamente, constante ou apenas esporadicamente, contribuíram para que o trabalho apresentasse este resultado.

Devo um agradecimento especial ao meu orientador, Prof. Cleverton Raymundo Sbarzi Guedes, por aceitar me orientar e acreditar em meu ponto de vista sobre o tema. Aos Profs. João Becon e Leandro Oliveira, pelas importantes indicações bibliográficas, sem as quais este texto seria infinitamente mais pobre.

Aos meus amigos de turma, em especial os integrantes do grupo “Há Resenha”, que sempre me incentivaram a ir em frente, mesmo quando o momento me impelia a desistir.

Aos funcionários do setor penal da Penitenciária ‘Professor Ariosvaldo de Campos Pires’, mormente aqueles com os quais iniciei minhas atividades, no fim do ano de 2008. Por conta dos incontáveis debates, estudos e pesquisas empreendidos, descobri a paixão pelo Direito. Ao ex- psicólogo da PPACP, Márcio Tadeu Tasca, pelas inúmeras conversas sobre o tema.

A todos os ex-funcionários do, hoje, extinto Hospital de Toxicômanos ‘Padre Wilson Vale da Costa’, pela oportunidade de aprendizado e pela experiência enriquecedora como profissional e, principalmente, como ser humano.

Não poderia deixar de mencionar o apoio daqueles que me cercaram e ainda cercam: Flávio, meu pai, que proporcionou toda a estrutura para que eu pudesse estudar e sempre me apoiou em tudo. Terezinha, minha mãe, que por várias vezes me incentivou, com seu exemplo, a buscar sempre o aperfeiçoamento. Renata, minha namorada, pela companhia silenciosa nos meus momentos de pesquisa, por relevar cada instante de ausência e constituir plateia – nem sempre por opção própria – para minhas divagações sobre o tema. A Yvany e ao Ésio, que me acolheram como se membro da família fosse.

A todos, meu sincero agradecimento.

“Poucos saberão o quanto o HT foi importante para o Estado de Minas Gerais, mais ainda para a vida de doentes mentais que em momentos de surto praticaram o inaceitável. Só quem viveu e trabalhou por aqui sabe a qualidade e o empenho dos funcionários para desmistificar a fala covarde e absurda de que hospitais psiquiátricos não curam e sim cronificam a doença. Poucos saberão como era boa a convivência, como as intenções eram as melhores, como os doentes saíam estabilizados. Só nós saberemos, quem trabalhou no HT e deu um pouco de sua energia por aquele lugar e seus doentes... Infelizmente, ninguém saberá como salvar vidas de doentes mentais, que estarão nos presídios de Minas Gerais”.

(Rodrigo Pancoti – Dentista)

RESUMO

O presente trabalho tem por fulcro analisar a imbricada e conturbada relação entre o Direito Penal e Processual Penal e a Psiquiatria, mormente o seu ramo forense. Importa estudar o tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais que, de maneira concomitante, encontram-se sob o poder punitivo do Estado, a partir do contexto local. Exemplificativamente, utilizou-se exemplos oriundos do direito comparado. Apresenta-se a evolução histórica do instituto como ponto de partida para a compreensão do ‘status quo’ da medida de segurança, em suas duas modalidades (restritiva e detentiva). Neste quesito, a Reforma Psiquiátrica representa marco essencial da pesquisa em tela. Isto posto, procurou-se contrastar o atendimento tradicional com o dispensado hodiernamente, pelos Centros de Atenção Psicossocial e pelas Residências Terapêuticas. Por fim, elencou-se possíveis formas de configuração para o atendimento, com vista à superação dos óbices encontrados.

Palavras-chave: Medida de Segurança – Psiquiatria Forense – Reforma Psiquiátrica

ABSTRACT

The present work focuses on analyzing the intertwined and troubled relationship between Criminal Law and Criminal Procedure and Psychiatry, focusing on its forensic branch. It is of great significance the study of the treatment given to people diagnosed with mental disorders that, concomitantly, are under the punitive power of the state, from the local context. Exemplarily, it was used examples from comparative law. The historical evolution of the institute is presented as a starting point for the understanding of the 'status quo' of the security measure, in both modalities (restrictive and detective). In this regard, the Psychiatric Reform represents an essential milestone of the research on screen. That said, it sought to contrast traditional care with that was provided by Psychosocial Care Centers and Therapeutic Residences. Finally, possible forms of configuration for the service were listed, with a view to overcoming the obstacles found.

Keywords: Security Measure – Forensic Psychiatry – Psychiatric Reform

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. BREVE RESUMO ACERCA DA PSIQUIATRIA FORENSE	15
2. O TRATAMENTO DISPENSADO À ‘LOUCURA’ PELO ORDENAMENTO JURÍDICO	23
2.1. O instituto da Medida de Segurança	27
2.2. A Periculosidade	33
3. DIVERGÊNCIAS ACERCA DA MEDIDA DE SEGURANÇA	34
4. DIREITO COMPARADO – A MEDIDA DE SEGURANÇA NA INGLATERRA	39
4.1. A Lei 10.216/2001 e a Reforma Psiquiátrica	43
5. A VISITA AO CAPS-ÁLCOOL E DROGAS (CAPS-III)	46
5.1. A experiência com as Residências Terapêuticas	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

LISTA DE ABREVIATURAS

CAMP – Centro de Apoio Médico Pericial

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CASM – Centro de Atenção à Saúde Mental

CBMMG – Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

DAPE – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

ECT – Eletroconvulsoterapia

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HPJJV – Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz

HTPWVC – Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa

LEP – Lei de Execuções Penais

MS – Medida de Segurança

PMMG – Polícia Militar do Estado de Minas Gerais

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PJEC – Penitenciária José Edson Cavalieri

PPACP – Penitenciária Professor Ariosvaldo de Campos Pires

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RT – Residência Terapêutica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

UP – Unidade Prisional

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

Introdução:

A Psiquiatria constitui-se de área especializada da saúde mental. No que tange à sua aplicação prática, muito se discute acerca dos seus limites e formas de ingerência na vida dos indivíduos acometidos de alterações na estrutura psíquica. Diversas formas interpretativas de seus resultados podem ser elencadas: desde aqueles que analisam os tratamentos psiquiátricos como forma de modelação e readaptação dos pacientes aos padrões sociais admitidos como corretos, ou seja, uma forma de controle, ainda que extraoficial, até os defensores de que a Psiquiatria, enquanto ramo autônomo da ciência médica, oferece ferramentas para o tratamento e melhora dos pacientes fragilizados em face dos mais variados transtornos.

Neste ínterim, o aparecimento da luta antimanicomial tem por escopo abandonar a metodologia tradicional de internação, desprovida de humanização no atendimento. Apontam os teóricos que este formato culmina com a transformação dos hospitais psiquiátricos em repositórios de pessoas, alijadas do adequado acompanhamento e abandonadas à própria sorte. Hodiernamente, diversas pesquisas demonstram como algumas instituições, como o desativado Hospital Colônia, que se localizava em Barbacena/MG, tinham seus tratamentos utilizados com fulcro de se mascarar adultérios, problemas físicos, gravidezes indesejadas, dentre outras cruéis possibilidades.

A solução seria a migração deste nicho de pacientes para o sistema de CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, incluindo os especializados em drogaditos (álcool e drogas, ou CAPS-AD), em uma simulação controlada da realidade social e da horizontalização do tratamento entre profissionais e utentes. Persegue-se, desta forma, a manutenção da identidade dos indivíduos. Frisa-se, neste imbróglio, que, atualmente, a assistência dá-se pelos Hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde, nas cidades em que o projeto dos CAPS ainda não restou implementado.

Lado outro, os defensores da Psiquiatria, na modalidade de internamento, firmam a premente necessidade deste tratamento como indispensável em casos determinados e específicos, principalmente no que concerne à proximidade da relação clínico-paciente. Defende-se, também, uma melhor gerência da aplicação dos procedimentos curativos, tais como medicação via oral ou injetável, a aderência mais firme ao tratamento, consultas, pequenos procedimentos e até mesmo o ECT – Eletroconvulsoterapia, hoje, reinserido ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Não obstante o já complexo quadro, é imperioso salientar mais uma dissonância, qual seja, a do Direito, para além da defesa do acesso universal à saúde de qualidade, previsto constitucionalmente. A utilização, pelo mesmo, quer seja em sua área cível ou em seu espectro criminal, dos conhecimentos e tecnologias da especialidade psiquiátrica, nos feitos e ações. A imposição de tutelas e curatelas, os benefícios jurídicos alcançados na esfera criminal, a resolução de disputas judiciais e imbrólios familiares dependem de perícias forenses que forneçam ao operador do Direito subsídios determinantes na tomada da decisão mais justa e adequada ao caso concreto. A própria utilização dos Hospitais Judiciários de Custódia e Tratamento, pela Justiça, foi colhida pela contenda supracitada.

Assim, faz-se mister determinar o ambiente ideal, não somente para o tratamento dos civis acometidos por instabilidades psiquiátricas – ou seja, aquele que se afasta do modelo elencado pelo corpo social como de normalidade, denominado inimputável, pelo Código Penal Brasileiro – se em hospitais gerais, especializados, ou em serviços voltados para o sistema ambulatorial, mas também para os que se encontram inseridos nos aparatos policiais, jurídicos e prisional, ou seja, aqueles que se encontram sob a égide punitiva do Poder Estatal. Arrole-se, também, as residências terapêuticas, que possuem finalidades similares. Portanto, é lícito detectar que a descoberta da resposta estabelecerá, em efeito cascata, alterações em diversas atmosferas.

A partir do quadro exposto acima, a intenção do presente trabalho é questionar-se acerca da seguinte questão: é possível a manutenção das estruturas atuais dos hospitais psiquiátricos, sobretudo os inseridos no Sistema Penitenciário, em auxílio aos CAPS? O aproveitamento da estrutura existente não seria uma saída mais inteligente, eficiente e barata, inclusive no que concerne à Administração Pública e o atual cenário socioeconômico do país? O exemplo de outras localidades, como o Reino Unido, na utilização de entidades híbridas, voltadas para o internamento e o tratamento ambulatorial, não poderia ser seguido? A extinção dos órgãos e instituições psiquiátricas é, realmente, mais benéfica para os portadores de transtornos psíquicos? Insta salientar a promoção do levantamento de dados acerca do atual cenário da prestação dos serviços psiquiátricos e a construção de uma possível resposta que atenda aos critérios clínicos, médicos, sociais e, por consequência, jurídicos.

Busca-se, no presente trabalho, estabelecer, em um primeiro momento, a atual situação do instituto jurídico da medida de segurança, a partir de pesquisa bibliográfica; em seguida, delinear seus pontos positivos e negativos e os limites do tratamento curativo destinado aos indivíduos;

estabelecer um comparativo entre os projetos de mudanças, tal como a utilizada hoje, com os Centros de Apoio Psicossocial e as Residências Terapêuticas; ato contínuo, analisar a possibilidade de utilização de ambos os sistemas, em conjunto, seus benefícios e possíveis óbices e empecilhos.

Como forma de determinar a melhor solução, elencamos, de forma inicial e antecedente, a construção de regras e preceitos a serem utilizados na determinação dos casos psiquiátricos em comento. Uma resposta mediadora, que contemple as possibilidades de tratamentos em caráter ambulatorial e em ambiente hospitalar, na modalidade de internamento, seguiria padrões normativos rígidos e preestabelecidos.

A pesquisa em tela, ainda que de forma limitada geográfica e quantitativamente, tem por finalidade estabelecer um diagnóstico, mesmo que por amostragem, da atual situação do atendimento psiquiátrico agora instituído, em um cenário de privação de liberdade e, ato contínuo, geral. A partir de pesquisadores do tema, como Sérgio Carrara e Daniela Arbex, buscase, em linha de princípio, além de construir uma análise histórica do tema, apontar os avanços e retrocessos dos serviços psiquiátricos.

Em um segundo momento pretende-se, com base em teóricos como Michel Foucault, Sigmund Freud e Zygmunt Bauman, determinar a motivação que ensejou as escolhas e a implantação de cada sistema e a política atual de substituição da internação pelo tratamento ambulatorial, com seus desdobramentos em face às medidas de segurança. A posição da psiquiatria forense será discutida à luz de especialistas, tais como Guido Arturo Palomba e Miguel Chalub, na ânsia de se estabelecer uma análise poliédrica do tema.

Tem-se como intenção, ao fim e ao cabo da pesquisa a ser implementada, a apresentação dos resultados, a partir de textos escritos, essencialmente. De forma colateral e complementar, é possível utilizar-se de gráficos, caso seja profícuo para a validação da hipótese e da explanação a ser construída sobre o tema.

É imprescindível estabelecer uma nova proposta mais condizente com o atual estágio de desenvolvimento do atendimento hospitalar e ambulatorial, com expansão a outros contextos. Decorrente lógica do trabalho é o entendimento que a resolução atenderá ao compilado em nossa Carta Magna. A fiscalização dos serviços oferecidos pelos Hospitais Psiquiátricos poderia evitar o desmonte desta importante rede de atendimento e não transferir a responsabilidade do

tratamento para os familiares, que, em casos limítrofes, não possuiriam condições financeiras, técnicas e sociais para empreender esta atividade.

1. Breve resumo acerca da Psiquiatria Forense:

Na expectativa de se construir uma maior compreensão da origem dos problemas aludidos acima, urge ressaltar o caminho percorrido pela Psiquiatria em si, enquanto forma de terapêutica. A utilização de instituições voltadas à custódia, suas modificações e adaptações a partir das mudanças socioculturais e políticas também se inserem neste contexto.

À primeira leitura, conclui-se que a forma de tratamento dispensada aos portadores de doenças mentais não é linear, e sim eivada de avanços e retrocessos, decorrência, não de uma evolução técnico-científica, mas, sobretudo, de oscilações ideológicas. Jacobina (2008, p.29) sustenta que a loucura “sempre foi, em todas as sociedades, uma questão de como a pessoa se relaciona consigo mesma, como se relaciona com os outros e, principalmente, como vê o mundo e por este é vista”.

Foi no início do século XIX que o Brasil viu serem inauguradas as primeiras escolas de medicina. A especialização psiquiátrica surgiu um pouco mais tarde, a partir da medicina legal, já em fins daquele século. Decorre, deste movimento, a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, com ideais eugenistas.

Conforme Randiza Lopes (2013, p.4), o portador de transtornos mentais tornou-se vítima de um processo histórico eivado pela existência de formas excludentes, “acompanhadas de práticas e discursos que romperam por séculos os direitos destes sujeitos diante da sociedade”. Frequentemente considerado alheio à normalidade social, constituída a partir de valores cunhados na expectativa de padronizar o comportamento, a presença destes indivíduos causava e, para muitos, ainda causa, estranheza. Nas palavras de Schubert (2014, p.8),

O ser humano, um ser sociável e propenso a se relacionar com seus semelhantes, sempre enfrentou desafios para tal convivência. Pode-se dizer que essa propensão de relacionamento existe somente quando se fala em um grupo homogêneo de pessoas. Conviver com a diferença ou com o desconhecido sempre gerou um incômodo, um receio, uma tensão. [...] Dessa mesma forma, nunca foi fácil conviver com o que foge de um padrão, de um costume, etc. A diferença sempre nos incomodou. Quando “o diferente” é o outro, ou seja, quando aquele que deveria se portar como eu, não se apresenta da forma como imaginamos ou esperamos, surge um conflito.

Assim, àqueles que rompiam com a moral, manifestavam escolhas distintas do juízo comum, promoviam inversões de pensamentos ditos lógicos, representavam, sem sombra de

dúvida, ameaça perene à lei e à ordem social e deveriam, por isto, serem “banidos do meio social” (LOPES, 2013, p.5). Paulo Jacobina (2008, p.44) acrescenta que foi estabelecida “a loucura em oposição à ordem e à razão existentes no mundo burguês e seu espaço [*do louco*] como o espaço da instituição de internamento”.

Algumas teorias foram desenvolvidas, ao longo do tempo, com fulcro de construir explicações e instituir fundamentos. A primeira delas, a monomania de Esquirol, “caracterizar-se-ia por permanecer razoável em todos os pontos, menos naquele que diz respeito ao crime que cometeu – no qual se mostra como louco” (JACOBINA, 2008, p.50). Subdividia-se em monomanias racionais (loucos morais ou personalidades psicopáticas) e instintivas. A razão não mais deveria estar rompida, para o aparecimento da loucura como fonte das condutas reprováveis, segundo esta teoria.

A segunda teoria, fruto de questionamentos acerca da hereditariedade dos caracteres genéticos, culminou na degeneração de Morel, a partir dos debates entre lamarckianos e não-lamarckianos. Visão antidarwinista, pretendia antecipar a falibilidade da raça humana. Iríamos do homem médio são, adâmico, ao imbecil/idiota, passando pelo criminoso-nato lombrosiano. Esta escola ainda influencia os laudos psiquiátricos forenses. Correríamos o risco de uma hipostasia da psiquiatria. Sobre a degeneração, Jacobina (2008, p.58)

Eis a psiquiatria estendendo seu domínio a praticamente todo o campo penal. Não há mais crime que não seja, em alguma monta, evidência de degeneração. Não há mais criminoso que não seja, de algum modo, paciente psiquiátrico potencial. Não há mais, portanto, nenhum processo penal que não seja, potencial e prejudicialmente, passível de submissão a incidente de insanidade mental. A sanidade passou a ser uma presunção *juris tantum* e das mais frágeis.

O terceiro princípio seria a histeria de Charcot e Bernheim. Temas como a responsabilidade penal, hipnose e o poder da sugestão são caros aos filiados a esta linha de pesquisa. Desta feita, na ânsia premente de se alcançar o objetivo de traçar um histórico, ainda que superficial, cita-se um excerto publicado no sítio do Ministério da Saúde – Coordenação Geral de Saúde Mental / DAPE / SAS, atinente ao Programa “De volta para casa”, voltado para pacientes psiquiátricos. *In verbis*:

A humanidade convive com a loucura há séculos e, antes de se tornar um tema essencialmente médico, o louco habitou o imaginário popular de diversas formas. De motivo de chacota e escárnio a possuído pelo demônio, até marginalizado por não se

enquadrar nos preceitos morais vigentes, o louco é um enigma que ameaça os saberes constituídos sobre o homem. Na Renascença, a segregação dos loucos se dava pelo seu banimento dos muros das cidades europeias e o seu confinamento era um confinamento errante: eram condenados a andar de cidade em cidade ou colocados em navios que, na inquietude do mar, vagavam sem destino, chegando, ocasionalmente, a algum porto. No entanto, desde a Idade Média, os loucos são confinados em grandes asilos e hospitais destinados a toda sorte de indesejáveis – inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos. Nessas instituições, os mais violentos eram acorrentados; a alguns era permitido sair para mendigar. No século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. Várias experiências e tratamentos são desenvolvidos e difundidos pela Europa. O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseia-se principalmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Para Pinel, a função disciplinadora do médico e do manicômio deve ser exercida com firmeza, porém com gentileza. Isso denota o caráter essencialmente moral com o qual a loucura passa a ser revestida. No entanto, com o passar do tempo, o tratamento moral de Pinel vai se modificando e esvazia-se das ideias originais do método. Permanecem as ideias corretivas do comportamento e dos hábitos dos doentes, porém como recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional. No século XIX, o tratamento ao doente mental incluía medidas físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias. Aos poucos, com o avanço das teorias organicistas, o que era considerado como doença moral passa a ser compreendido também como uma doença orgânica. No entanto, as técnicas de tratamento empregadas pelos organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral, o que significa que, mesmo com uma outra compreensão sobre a loucura, decorrente de descobertas experimentais da neurofisiologia e da neuroanatomia, a submissão do louco permanece e adentra o século XX. A partir da segunda metade do século XX, impulsionada principalmente por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Esse movimento inicia-se na Itália, mas tem repercussões em todo o mundo e muito particularmente no Brasil. Nesse sentido é que se inicia o movimento da Luta Antimanicomial que nasce profundamente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais. Aliado a essa luta, nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica que, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias. No Brasil, tal movimento inicia-se no final da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. Esse movimento se inscreve no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época. Importantes acontecimentos como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então Deputado Paulo Delgado por meio do projeto de lei nº 3.657, ambos ocorridos em 1989, impulsionam a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, e, em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Dessa lei origina-se a Política de Saúde Mental a qual, basicamente, visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo. A Política de Saúde Mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa à

constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer.¹

Como exposto acima, vimos que a loucura, os delírios, constantes ou intermitentes, a insanidade e as condutas desviantes eram relacionadas às manifestações do sobrenatural. Desde a antiguidade, os insanos eram objetos de estudos e análises. De acordo com Schubert (2014), sua origem perpassou pela predestinação divina, pelo elemento psicológico do indivíduo em conflito com os desígnios dos deuses até desembocarem em conflitos orgânicos entre os seres e o ambiente. Augusto César de Farias Costa *apud* Paulo Vasconcelos Jacobina (2008, p.31) faz interessante resgate histórico da alteração da interpretação social da loucura

[...] a história da relação do ser humano com a loucura é, desde os primórdios da civilização, a história da tolerância para com a diferença entre as pessoas. Dessa maneira, as sociedades ditas mais primitivas consideravam os indivíduos que apresentavam transtornos mentais como emissários da divindade e assim portadores de poderes sobrenaturais. A inserção da sua diferença numa perspectiva religiosa proporcionava ao louco um lugar contextualizado dentro da comunidade, fazendo com que sua singularidade, ao invés de ser excluída, fosse assimilada como uma contribuição e não como uma subtração ao bem comum. Assim, já na antiga Mesopotâmia, no Egito antigo, entre os hebreus e os persas, e até no extremo Oriente, a loucura era entendida como uma condição especial que concebia ao indivíduo que a apresentasse uma feição próxima ao divino.

Jacobina (2008, p.31) faz séria observação sobre o cuidado no que se refere à transposição de conceitos históricos. Nem todos os fenômenos capitulados, hodiernamente, como loucura ou doença mental apresentam similitudes ontológicas. Esta catalogação teve início com as casas de internação dos séculos XVII e XVIII. Forneceram a base para posterior relação entre loucura, culpabilidade e periculosidade. Para o psiquiatra e autor,

[...] ao se avaliar a loucura por meio da história ou de sociedades espacialmente diversas, deve-se abstrair do conceito moderno de loucura. Quem seria tomado como louco, por exemplo, em uma sociedade como a espartana? O pai de família que matasse um bebê nascido tetraplégico ou, ao contrário, aquele que decidisse criá-lo a qualquer preço?

Lado outro, já durante a Renascença, casas de internamento passam a ser construídas, bem como casas de correição e Hospitais Gerais (LOPES, 2013). Neste momento, para Foucault *apud*

¹Disponível no sítio: <http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/reforma.html>. Visitado em 16/07/2019, às 19:23h.

Lopes (2013, p.5), a alienação passou a ser identificada “no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo”. Para Delgado, *apud* Lopes (2013, p.157), o diploma legal vigente “não deixava de representar uma estratégia legal para a higienização do meio urbano”. Nada mais era do que um “controle sanitário e policial”.

Todavia, não existia, até então, estabelecimento destinado ao atendimento deste público ‘*sui generis*’. Os indivíduos acometidos pelos transtornos psiquiátricos, bem como os que enlouqueciam no ambiente carcerário, acabavam admitidos em Hospícios Públicos, em face do insculpido no Código Penal de 1890. Como consequência, os pacientes judiciários eram encaminhados, ora para os centros psiquiátricos, caso existentes na cidade, ou às penitenciárias, “sem que houvesse qualquer tipo de atenção específica” (LOPES, 2013, p.140).

Segundo Carrara (1998, p.27), o Hospital de Custódia e Tratamento é, sobretudo, “instituição híbrida, contraditória, de difícil definição”. Mesmo classificado como estabelecimento hospitalar (art. 99, do Código Penal), não faz parte do Sistema Único de Saúde, mas integra o Sistema Penitenciário. Portanto, não são regidos por princípios do SUS, e sim os da execução penal, em flagrante desrespeito às disposições constitucionais e de garantia penal.

A dita “Instituição Total” do pós-Guerra, de Goffman e Foucault, é mais próxima da cronificação do estado geral do portador de transtornos mentais, do que sua cura. Foucault traça um paralelismo entre os leprosários e os HCTP’s, com a segregação como forma de proteção aos demais. Goffman afirma que o manicômio judicial e a prisão são duas espécies de um mesmo gênero, que abrigam duas de nossas representações sociais: o criminoso e o louco (MONTEIRO, 2018, p.6). A cidadania não deveria aprisionar os sujeitos, com fulcro na quebra da disposição e da conduta do réu, mas sim ser fluida o suficiente para comportar todos os indivíduos e suas diferenças. Em *Vigiar e punir*, Foucault (1999, p.20) se questiona

[...] o fato está comprovado, é delituoso? mas também: o que é realmente esse fato, o que significa essa violência ou esse crime? Em que nível ou em que campo da realidade deve ser colocado? Fantasma, reação psicótica, episódio de delírio, perversidade? Não mais simplesmente quem é o autor, mas: como citar o processo causal que o produziu? Onde estará, no próprio autor, a origem do crime? Instinto, inconsciente, meio ambiente, hereditariedade? Não mais simplesmente: que lei sanciona essa infração? Mas que medida tomar que seja apropriada? Como prever a evolução do sujeito? De que modo será ele mais seguramente corrigido?

Este quadro é construído a partir da excessiva medicalização e das tentativas de correção dos desvios, com o intuito de se ‘retomar a normalidade dos costumes sociais’. Para Gonçalves e Sena, *apud* Schubert (2014, p.14), “tratar do doente mental foi sinal de exclusão, reclusão e asilamento”. Carlos Estellita-Lins (et. al., 2012, p.554) concorda ao demonstrar que

[...] alienados mentais eram condenados à exclusão manicomial através de um pacto efêmero, mas que poderia ser prolongado indefinidamente (por exigências jurídicas). Na consulta psiquiátrica, eram indefectivelmente prescritos banhos ou internamento, realizando a equação estigmatização = asilo.

Com certeza, uma forma de tornar a sociedade mais positivista, racional, branca e europeizada. Jacobina diz que o médico passa a ser enxergado como ‘pedagogo’, com uma certa aproximação entre loucura e moral. Aqui, criminologistas, juristas e psiquiatras se relacionam mais intimamente. “A cura, nessa concepção, seria o retorno ao estado ideal simbolizado pelo homo medius – o estado normal” (JACOBINA, 2008, p. 47).

O primeiro instituto voltado para o atendimento de criminosos portadores de distúrbios psíquicos deu-se na Inglaterra, na passagem do século XVIII para o XIX. Acorde Randiza Lopes (2013), suas origens se devem a episódios referentes a tentativas de assassinato e agressões ao monarca inglês. Estados como França e Alemanha também disponibilizaram, ao final do século XVIII, áreas reservadas para o atendimento e isolamento dos ‘loucos-criminosos’ ou ‘criminosos-loucos’.

Inaugura os HCTP’s, o ‘*Criminal Lunatic Asylum*’, no ano de 1860, prisão localizada em Broadmoor, Inglaterra. Noutro giro, temos que, no Brasil, consoante pesquisa de Randiza Lopes (2013), o primeiro instituto responsável pela custódia e tratamento de portadores de sofrimento psíquico foi o Hospício Nacional. Inaugurado em fins do século XIX, sob a denominação de Hospício D. Pedro II localizava-se na cidade do Rio de Janeiro/RJ. Pouco tempo depois, sua nomenclatura foi alterada para Hospital Nacional dos Alienados. Já naqueles tempos, os maus-tratos eram corriqueiros, no testemunho do doutor João Carlos Teixeira Brandão (JACOBINA, 2008, p.63)

[...] os loucos por leitos tinham tábuas, sem colchões nem travesseiros, nem ao menos cobertura para lhes ocultarem a nudez e os resguardarem dos rigores do inverno. Os loucos agitados eram metidos em caixões de madeira, onde permaneciam nus e expostos às intempéries.

Na esteira da atual revisão dos parâmetros protocolares de atendimento, a fundação, ainda de acordo com Lopes (2013), de hospitais voltados para o pronto atendimento psiquiátrico, corroborou para o processo de medicalização e institucionalização da loucura. A autora também aponta, como efeitos colaterais, a construção do adjetivo ‘doente mental’ e do tratamento ‘moral’.

Culminou-se, destarte, em uma fusão de instituições, a saber, o manicômio e a prisão. Na visão de Carrara (1998, p.27), “por ser ao mesmo tempo prisional e asilar, penitenciário e hospitalar”. A interpretação dada à época, ao caso concreto, foi da necessidade de se elaborar um local repressivo mais eficaz aos infratores do que uma unidade, exclusivamente, com fins terapêuticos.

Randiza Lopes (2013, p.156) conclui que, “na medida em que os loucos começavam a ser apropriados pelo saber médico, este mesmo saber teve que disputar o seu objeto com o aparelho judiciário, pois os loucos até então eram submetidos a sentenças criminais”. Franco Dantas e Chaves (2007, p.346) relatam que este “cabo-de-guerra” foi “um dos motivos que levou a psiquiatria a inserir-se no campo penal através dos laudos periciais”. Passaram, então, a “definir a responsabilidade ou irresponsabilidade penal dos infratores da lei”. Esta disputa de competência reconfigurou a noção atual de liberdade e livre-arbítrio. Posteriormente, os alienistas se puseram em discordância com a psicanálise. Passaram a disputar, estes ramos clínicos, a hegemonia do tratamento dispensado aos ‘loucos’.

Corroborando este posicionamento, De Tilio, *apud* Schubert (2014, p.15) “Os profissionais na época aptos a realizarem tal trabalho foram os médicos alienistas, o perito, o psiquiatra, que de certa forma, passaram a fazer parte dos tribunais prestando seus pareceres”. Assim, a Lei em comento proibia a manutenção de alienados em Cadeias Públicas. Procurava-se evitar aproximações entre os alcunhados de “criminosos-loucos” ou “loucos-criminosos” e os criminosos “comuns”. Neste período, impende fazer-se notar que a loucura, antes vista, apenas, como afronta à moralidade e à razão, passou a ser classificada como doença, objeto, desta forma, de estudos, explicações e tratamentos.

Carrara (2010, p.49), nos descreve que, com as reformas introduzidas no Hospício Nacional de Alienados, oriundas da legislação de 1903, foi inaugurada uma ‘seção especial’, voltada, exclusivamente, para o abrigo e tratamento de enfermos psiquiátricos perigosos. Este setor ficou conhecido como ‘Seção Lombroso’, em homenagem ao fundador de uma corrente criminológica de influência positivista, com base em um método empírico indutivo.

De acordo com Cesare Lombroso, Enrico Ferri e Raffaele Garofalo, dentre outros, seria possível determinar a propensão ao delito dos indivíduos por meio de suas características biológicas e fenotípicas. Listemos, também, a frenologia de Gall e a fisionomia de Lavater, precursores do positivismo penal. Estas teorias, embora ainda influenciem determinadas correntes de pensamento, já caíram em descrédito.

Após grave rebelião nesta seção do Hospício Nacional de Alienados, ocorrida em 1920, “foi erguido o primeiro Manicômio Criminal Brasileiro [...] aos fundos da casa de correção, no Estado do Rio de Janeiro”. Às estruturas, ora hospitalares, foram acrescentadas as características inerentes ao ambiente carcerário, como celas e grades (LOPES, 2013, p.158). Ademais, não se pode olvidar das históricas passagens desfavoráveis e dos abusos cometidos na administração dos Hospitais Psiquiátricos, aqueles voltados para a população em geral, como também para os portadores de condenação criminal. Cenários, estes, não exclusivos do Brasil. Impulsionaram, os eventos negativos, a luta antimanicomial ao redor do mundo. Este movimento foi capitaneado por Franco Basaglia, psiquiatra italiano e denominou-se Psiquiatria Democrática Italiana, iniciado no Brasil entre fins dos anos 60 e início dos anos 70.

Em 10 de novembro de 1999, foi promulgada a Lei nº 9.867. Seu intuito era fomentar o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para pacientes psiquiátricos em serviços comunitários. Legislação de iniciativa de Paulo Delgado, responsável também pelo projeto de lei que fora transformado na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que redireciona o modelo de assistência psiquiátrica. Todas, já sob a órbita de influência da psiquiatria italiana.

Conclui-se, então, que o tratamento psiquiátrico quer para os encarcerados, quer para os que se encontram em estado de liberdade, deve ter como elemento norteador “fazer valer os ditames do Artigo 5º da Constituição Federal de 1988, ou seja, devolver a humanidade aos doentes mentais dando-lhes dignidade e respeito” (SCHUBERT, 2014, p.25).

2. O tratamento dispensado à 'loucura' pelo Ordenamento Jurídico:

Paulo Vasconcelos Jacobina (2008, p.27) assevera que

[...] a legislação penal e a processual penal, bem como a legislação sanitária, trazem uma determinada concepção ideológica da loucura e uma forma de lidar com ela [...] essas concepções e os modos de lidar não são os únicos, nem os últimos, nem os melhores, mas apenas projeções dos contextos ideológicos em que foram produzidos. [...]municando o jurista de saber crítico sobre a loucura, da contextualização desse saber e das formas com as quais as sociedades têm lidado com ela, pode-se, eventualmente, obter maior facilidade no manuseio da legislação, na sua interpretação e aplicação – adequando-a, ademais, aos grandes princípios humanistas insertos na Constituição, mas nem sempre levados em conta na gestão jurídica da insanidade, realizada na prática pelos operadores do direito.

Os portadores de transtornos psíquicos estão definidos no art. 26, do Código Penal Brasileiro, como inimputáveis ou semi-imputáveis. Desta forma, são, gradualmente, “incapazes” de entender a condição de licitude de determinadas ações e, por consequência, se autodeterminar, ou seja, agir conforme preceituado no diploma legal, já que em face da enfermidade, possuem especificidades intelectuais e volitivas.

Há que haver, entretanto, uma tênue, mas importante, distinção entre as duas figuras em epítome. Especificamente, denomina-se inimputável o sujeito completamente incapaz de entender o ato como ilegal ou de autodeterminar-se da forma estipulada pelo texto normativo. Já o semi-imputável possui, ainda que de maneira incompleta, alguma compreensão da realidade, e, por isso, é considerado parcialmente capaz de entender os fatos ou de autodeterminar-se. Patrícia Colombo Ribeiro (2008, p.41) estabelece a diferença, nestes termos

[...] a legislação pátria prevê ao inimputável duas formas de tratamento. Aquela que priva a liberdade de ir e vir do delinquente insano é uma medida afliativa e retira o indivíduo da sociedade internando-o em casa de custódia e tratamento psiquiátrico ou, a sua falta, em local adequado. Segundo a Lei de Execução Penal, essa espécie será utilizada quando o crime for apenado com reclusão ou quando o juiz achar necessário. Já as medidas restritivas são aplicadas quando verificado um grau menor de periculosidade e quando o crime é apenado com detenção.

Segundo Chalub (2016, p.223), “A lei brasileira prevê a possibilidade de semi-imputabilidade, categoria na qual se enquadram aqueles que, em função de transtorno mental, tinham reduzida capacidade de entendimento ou de determinação na ocasião da prática do

crime”. Entretanto, para o mesmo autor, “O diagnóstico de doença mental, mesmo grave, por si só não implica que o agente seja inimputável” (CHALUB, 2016, p.224).

Desta distinção, subsiste a propositura da medida de segurança, aos inimputáveis. Aos semi-imputáveis, há as opções de redução da pena privativa de liberdade, de um a dois terços, ou a convalidação da mesma em medida de segurança, nas iras do art. 98, do Código Penal, bem como do art. 183, da Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/84). Esta alteração se dá, principalmente, se subsistir possibilidade de tratamento curativo. Pode, também, a medida de segurança que especifique o tratamento ambulatorial ser convertida em internação, ou vice-versa, consorte o art. 184, da LEP.

Não obstante a condição de sujeitos acometidos por doenças mentais, necessitados, portanto, de tratamento médico adequado e especializado, para o Código Penal Brasileiro, são, estes, quando em conflito com a lei penal, denominados de “pacientes jurídicos”. Termo considerado equivocado, na ótica de Franco Dantas e Chaves (2007), porquanto inexistente a previsão detalhada de cuidados especializados, para além da matrícula em instituições de acautelamento, os manicômios judiciais. Previsão, esta, insculpida no art. 99, do Código Penal e classificada como “direito do internado”.

Embora houvesse alguma legislação atinente ao seu funcionamento, ela encontrava-se em franco desalinho e distanciamento da realidade dos hospitais responsáveis pela custódia e acautelamento. Tinham, na visão de Antunes, *apud* Lopes (2013, p.159), o ideal de “higienização do espaço urbano, adotada como símbolo da modernidade [...] garantia segurança à sociedade quanto ao isolamento destes sujeitos”. Para Schubert (2014), os acometidos de transtornos psiquiátricos não eram considerados sujeitos de direitos, já que, no entendimento da época, encontravam-se ausentes, nestes indivíduos, o livre-arbítrio e a responsabilidade, tal como preconizado no Código Criminal do Império do Brasil, de 1830.

Paulo Jacobina (2008, p.27) afirma que “buscam paralelos desse instituto nas sociedades tribais, no antigo Egito, no Império Romano, na Idade Média, no Renascimento até a chamada Idade Moderna e Contemporânea”. Consoante Schubert (2014), o instituto da Medida de Segurança originou-se no Direito Romano e vinculava-se, principalmente, às crianças, adolescentes e os considerados oligofrênicos. Quando estes últimos incorriam em penalização por infrações de qualquer tipo, eram entregues as suas famílias, ou ficavam sob a curatela do Estado. Assim, concorde (LOPES, 2013), ainda no século XVIII, foi promulgada a Lei ‘*Insane*

Offender's Bill, na Inglaterra. O Código Penal Francês, de 1810, segundo a autora, já delimitava, mais claramente, as competências das disciplinas médicas e legais. Para Carrara (1998), *apud* Schubert (2014, p.13), este processo

[...] evidencia a “psiquiatrização” da loucura, ou seja, o psiquiatra era aquele profissional dotado de capacidade técnica, disposto a cuidar do louco. Ressalta-se, que segundo este autor, de qualquer forma, o paciente era submetido às intervenções terapêuticas desta instituição, mesmo que houvesse outros meios capazes de propiciar um melhor tratamento.

Ato contínuo, editam-se mais dois regulamentos, o ‘*The Criminal Lunatic Act*’ (1884) e o ‘*The Trial of Lunatic Act*’ (1885). A legislação supracitada determinava que o Manicômio Criminal de Broadmoor se responsabilizasse pela custódia e tratamento dos que haviam infringido a Lei por força das alterações psíquicas, como também, daqueles que, por operação da superveniência de doença mental, apresentavam comprometimento da saúde cognitiva, durante o cárcere. Juntaram-se, aos já aludidos, àqueles que se apresentaram incapazes de se adequar aos regulamentos e à disciplina do Sistema Prisional.

Contudo, quando da redação do Código Penal Brasileiro de 1890, o insano passou a ser visto como cidadão passível de punição, “os incapazes deveriam ser entregues para as suas famílias ou recolhidos em hospitais próprios, se assim exigisse o seu estado mental, para a segurança pública” (SCHUBERT, 2014, p.17). Ainda que mantida sua irracionalidade, bem como a ausência de capacidade de autodeterminar-se e entender os fatos, a loucura passou a ser vista como um desvio moral, não mais, puramente, de intelecto, análise esta, referendada pela lei em vigor.

A primeira Lei Federal sobre o tema foi promulgada no início do século XX, mediante o Decreto nº 1.132, de 22/12/1903, e ficou conhecida como “Lei Federal de Assistência aos Alienados”. A predita legislação acelerou o aparecimento de estabelecimentos destinados aos doentes mentais (LOPES, 2013). Posteriormente, por força de dificuldades administrativas, no ano de 1927, entrava em vigência o Decreto Legislativo Complementar nº 5148-A. O Decreto nº 1.132, fora, em 1934, revogado pelo Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. A nova medida, mais uma vez sob a ótica de Lopes (2013), estabelecia amparo médico e legal aos pacientes institucionalizados, estivessem eles internados em Hospitais Psiquiátricos ou em Casas de Custódia, bem como aos egressos do Sistema Prisional.

A aprovação de um novo texto para o Código Penal Brasileiro, no ano de 1940, assegurava a custódia dos condenados em Manicômios Judiciários ou em Centros de Custódia e Tratamento, tal como previsto nas legislações anteriores e nos ordenamentos jurídicos de países vizinhos. Ainda que criticada, em face à sua relação com o Sistema Duplo Binário, que a fundamentava, houve a previsão, na prática, do instituto da Medida de Segurança. Então, Lopes (2013), atesta que, para além da sanção corporal e a respectiva restrição da liberdade, ao sentenciado estava previsto, também, como complemento da pena, a imposição de tratamento ‘curativo’. Acerca do Sistema Duplo Binário temos (MARAFANTI; PINHEIRO; et al.) *apud* Schubert (2014, p.17)

[...] o indivíduo poderia ter a pena reduzida ou, em substituição a essa, sofrer internação em manicômio judiciário, bem como em outro estabelecimento psiquiátrico. Nessa última situação, caso o condenado fosse considerado curado, poderia retornar ao cumprimento do restante da pena, caso contrário, se no final do prazo de internação ainda persistisse o estado psíquico patológico, condicionante da periculosidade atual, a internação passaria a ser por tempo indeterminado.

Hodiernamente, já não se fala mais em Sistema Duplo Binário. Não obstante a crítica de parte da doutrina que interpreta ser, meramente, uma variação do sistema dualista, há uma alternatividade, substituição. Ou seja, caso o indivíduo que tenha cometido uma infração à norma vigente, passível de punição na esfera penal, esteja sob os efeitos de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, portanto, incapaz de governar os próprios atos, ser-lhe-á aplicada Medida de Segurança, em vez de condenação penal.

O réu será alvo do que a legislação, doutrina e jurisprudência denominaram de absolvição imprópria. Mesmo que não se apresente como condenado, explicitamente, no texto da sentença, ao sujeito passivo da ação penal impenderá um tratamento curativo, aplicado, geralmente, nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Judiciais. Insta ressaltar que tratamento similar é direcionado aos dependentes químicos, por operação do previsto nos artigos 45 e 46 da Lei nº 11.343/2006, conforme Abdalla-Filho (2003, p. 246)

No Brasil, a perícia para constatação de dependência química avalia não somente a capacidade que um indivíduo tem de entender o caráter criminoso de um determinado ato cometido, mas também a sua capacidade de se determinar em relação a esse entendimento.

Embora já existente em inúmeros Códigos Penais de outros locais, como a Suíça, Portugal e Itália, desde o início do século XX, em franca operação, foi, somente no ano de 1984, que este instituto foi revisto e atualizado, no Brasil, com a Lei nº 7.209/1984. A já citada reforma do Código Penal, em 1940, trazia, em seu bojo, a noção punitiva, porquanto, com a aplicação da Medida de Segurança, “desassociava-se a noção de culpa e seu caráter punitivo” (LOPES, 2013, p.161). Não se alcançava, nesse período, o objetivo preventivo, terapêutico e assistencial, como preconizado pelo Conselho Regional de Psicologia do Estado do Rio de Janeiro (2006), mas tão somente o caráter retributivo da aplicação da penalidade.

2.1. O instituto da Medida de Segurança:

Para Patrícia Colombo Ribeiro (2008, p.40),

[...] hoje o inimputável que praticou uma conduta típica e ilícita deverá ser absolvido por prescindir de culpabilidade, sendo-lhe aplicado medida de segurança. Por ser considerado isento de pena, diz-se que ocorreu uma absolvição imprópria, ou seja, não haverá aplicação de pena ao agente, contudo, a ele será imposto tratamento psiquiátrico a ser cumprido em estabelecimento administrado pelo sistema penal.

No que concerne à Medida de Segurança, para Mirabete, *apud* Schubert (2014, p.17-18), “as medidas de segurança visam a prevenção, dando um tratamento curativo aos loucos”. Então, a imposição do instituto da internação compulsória tem, por fulcro principal, evitar a reincidência do indivíduo portador do transtorno no cometimento de ilícitos. Busca-se, assim, dizem os doutrinadores, com as medidas de segurança, tal como com as penas privativas de liberdade, reafirmarem o ordenamento jurídico vigente. Imperioso lembrar, no entanto, que “a doença mental em sentido estrito não está diretamente relacionada à ocorrência de crimes” (SCHUBERT, p. 31).

Conforme alguns doutrinadores, como João Mestieri e Luiz Flávio Borges D’Urso, o instituto em epítome possui alguns pressupostos e requisitos a serem preenchidos, a saber, a existência de prévia e expressa previsão legal (princípio da reserva legal); a prática de fato ilícito típico e a perigosidade do agente (RIBEIRO, 2008, p.40).

Paralelamente, objetivam estabilizar o quadro médico e clínico do matriculado nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou em acompanhamento ambulatorial, via de

regra, nos programas de Saúde Pública, como o SUS e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Dividem-se, as medidas de segurança, em duas espécies, consoante o Código Penal, em seu artigo 96, quais sejam, a internação (modalidade detentiva) ou o tratamento ambulatorial (modalidade restritiva).

A definição da modalidade imposta pelo Juízo depende, contudo, de laudo médico realizado mediante perícia, sob responsabilidade de psiquiatra forense ou, na falta deste, de perito indicado pelo magistrado. A partir das características pessoais e sintomatológicas, existência de comorbidades, rede de apoio sociofamiliar, condição de aderência ao tratamento pelo sujeito, dentre outros fatores inerentes ao caso concreto, o médico psiquiatra apontará a melhor forma de tratamento. Este incumbe-se, ademais, de responder aos quesitos, se existentes, ofertados pelo Juízo, pela acusação ou pela defesa. Estes quesitos têm a função de aclarar dúvidas e complementar o diagnóstico.

O estabelecimento da medida de segurança depende de um prévio exame de sanidade mental, ou do seu correlato, para a configuração da dependência química, o exame de dependência toxicológica. Estes determinarão a integridade mental do indivíduo sob consulta, que estará com a sua *capitis diminutio*, vez que lhe será determinado curador. Atestarão o desenvolvimento mental incompleto, o desenvolvimento mental retardado, ou a perturbação da saúde mental.

Componente do incidente de insanidade mental do acusado, este procedimento processa-se em autos apartados. Sua previsão encontra-se nos art. 149 a 154, todos do Código de Processo Penal. Observa-se um conceito específico e tradicionalista sobre o louco infrator e a loucura. Para alguns especialistas na área, já ultrapassado. O laudo, após sua conclusão, é apenso ao processo principal, conforme o previsto no art. 153, do Código de Processo Penal.

Para CHALUB (2016), não se deve esquecer que a avaliação é sempre retroativa ao caso concreto. Esta visa definir o estado psíquico do indivíduo, a partir de um “corte vertical”, se realizada perícia ambulatorial (sem internação), ou “horizontal”, se determinada a internação, em conjunto com a solicitação judicial do exame. O critério, consoante o autor em comento, estabelecido pela legislação nacional, é o biopsicológico. Assim, como já explicitado alhures,

[...] o réu deveria apresentar um transtorno mental na ocasião da prática do crime e, em razão desse transtorno mental (nexo de causalidade), ser inteiramente incapaz de

entender o que fazia (elemento cognitivo), ou de determinar-se conforme esse entendimento (elemento volitivo) (CHALUB, *et. al.*, 2016, p. 223).

Na hipótese de estar recluso, o processando poderá ser encaminhado ao manicômio judiciário, para a confecção do exame. Caso o réu se encontre em liberdade, mediante pedido dos peritos, pode o magistrado designar local adequado para realização da perícia médica, desde que esta não exceda o prazo de 45 dias. Se entender cabível, pode o juiz determinar a sua realização na modalidade ambulatorial. Jacobina (2008, p.121) posiciona-se de forma contrária a esta possibilidade “Não se pode admitir que um internamento seja feito por força de um simples requerimento dos peritos, deferido pelo juiz criminal”. E vai além (JACOBINA, 2008, p.134)

No atual estágio do direito brasileiro, não se pode defender que internar alguém coativamente (ou mesmo submetê-lo a um tratamento ambulatorial coativo), por ordem judicial de um juiz criminal, com base em uma presunção de periculosidade (decorrente da prática de um ato criminal por alguém que foi reconhecido pelo direito como portador de transtorno mental incapacitante das faculdades cognitivas ou volitivas), seja considerado cientificamente como medida terapêutica. Tampouco se pode admitir que, no âmbito do direito sanitário, possa reconhecer-se a validade desse procedimento como clinicamente eficaz.

O lapso temporal aludido somente poderá ser prorrogado se os peritos solicitarem a dilação em tempo hábil, mediante requerimento oficioso ao juiz, no qual comprovem real necessidade para tal prorrogação. Ao final, concluso o laudo pericial pela insanidade, o processo seguirá seu curso, com a manutenção do curador na posição de responsável e garante. Algumas vozes críticas do incidente de insanidade mental defendem a incoerência da matrícula de um indivíduo que ainda não teve sua condição mental prejudicada declarada por especialistas, em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Poderia ser caso de ocorrência de loucura iatrogênica.

Diversamente do exemplo acima, se o aparecimento da doença mental for superveniente aos fatos, detectado, principalmente, por alterações comportamentais e do quadro geral de saúde do acautelado quando do seu recolhimento ao cárcere, o processo será suspenso, até o seu completo restabelecimento. Pode, inclusive, o juiz determinar a internação do réu junto aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou instituição similar.

De acordo com o resultado dos exames, e, concomitantemente, a aplicação da legislação em vigor, o Juízo poderá sentenciar o sujeito passivo da relação processual penal à, já citada, medida de segurança. Para Greco *apud* Schubert (2014, p.17), “as medidas de segurança têm um

fim diverso das penas, já que aquelas se destinam à cura ou ao tratamento do inimputável”. Lídimo inferir que a inimputabilidade penal não implica em irresponsabilidade penal (art. 386, CPP). Está posta uma grave lesão à Teoria do Crime. Defende, Paulo Jacobina (2008, p.126) que, apesar da súmula 422, do Supremo Tribunal Federal

O fundamento da medida de segurança não é a culpa, mas a periculosidade. Então, ou a medida de segurança, como medida ou restritiva de liberdade individual, tem seu fundamento em outro mandamento constitucional, ou é simplesmente inconstitucional, pois nenhum mandamento constitucional autoriza a aplicação de restrição ou privação de liberdade sem sentença penal condenatória transitada em julgado – o que não existe, no caso da medida de segurança.

A despeito de considerações acerca da possibilidade de cura e do melhor tratamento a ser dispensado aos acometidos de problemas psiquiátricos, a principal preocupação é, ou ao menos, deveria ser, a estabilização do paciente. Ato contínuo, o início do tratamento específico, para a doença apresentada. Questiona, o discurso em contrário ao instituto existente no Direito Penal, as limitações no tocante aos cuidados médicos dirigidos aos pacientes psiquiátricos que possuem, em seu desfavor, tal medida. Restrições orçamentárias, medicamentosas, de logística, estruturais e médicas infligem ao paciente, um sofrimento desnecessário, que pode, inclusive, cronificar sua situação clínica. Transformam a medida de segurança, meramente, em responsabilidade penal objetiva.

A inexistência de prazo explícito, no texto legal, para o termo final do instituto em comento perfaz a maior crítica, delineada pela doutrina e jurisprudência. Muitos entendem ser inconstitucional a inexistência de limites máximos de duração das medidas de segurança criminais, por violar o art. 5º, inciso XLVII, alínea b c/c art. 60, §4º, inciso IV, todos da CF/88. Predomina, então, na prática, a averiguação, tão somente, da redução da heteroagressividade e da manifestação de violência. Para Zaffaroni e Greco, *apud* Schubert (2014, p.18), “Entende-se essa periculosidade como um perigo para si próprio, bem como para a sociedade que com ele convive ou o grau de determinação que tenha o agente para o delito”.

Acerca do lapso temporal ao qual o indivíduo será submetido a tratamento compulsório, determina, o Código Penal, em seu artigo 97, §1º, que ele se prorrogue por tempo indeterminado. Para Damásio de Jesus *apud* Schubert (2014, p.18), “existe uma relação de proporcionalidade entre as penas e a gravidade da infração, ou seja, quanto mais reprovável o crime, maior a pena. Com relação às medidas de segurança, também existe uma proporcionalidade, mas com a

periculosidade do indivíduo. Enquanto as penas se relacionam pelo juízo de culpabilidade, para as medidas de segurança, se faz pela periculosidade”.

Assim, a desinternação ou liberação condicional, com a respectiva e concomitante evolução (caso de transformação da medida detentiva em restritiva) ou a finalização do tratamento (art. 97, §3º, do Código Penal), dependerá de perícia médica responsável por atestar a cessação de periculosidade do acautelado. Em termos atuais da psiquiatria forense, a redução da heteroagressividade, condizente com a manutenção do tratamento em ambiente ambulatorial, ou a extinção da ordem judicial de manutenção compulsória deste, via CAPS. Frisa-se que inexistente, na legislação vigente, programa de desinternação progressiva, tal qual o previsto para as penas privativas de liberdade.

O exame deverá ocorrer no prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, a depender da proporcionalidade acima aludida. Passado o intervalo supracitado, a consulta clínica será refeita, ao fim de cada ano, ou a qualquer tempo, se assim entender necessário o juiz da execução, ou se este for provocado pelo próprio interessado, pela defesa do interno ou Defensoria Pública, Ministério Público e o médico assistente/perito designado para o acompanhamento (vide art. 176, da Lei de Execução Penal).

Esta previsão encontra, contudo, vozes dissonantes e enfrenta críticas fundamentadas. Patrícia Maria Villa Lhacer (2013, p.144) demonstra em sua pesquisa que existe, em relação ao louco infrator, “condição particular” frente à Justiça. A saúde mental do infrator, na ótica da pesquisadora, é subjugada em função do bem jurídico por ele aviltado. Durante entrevista realizada com um médico psiquiatra, a autora conclui que a legislação vigente “aliena do direito aos cuidados em saúde, ao determinar legalmente o prazo mínimo de seu ‘tratamento’, colocando-o em condição de vulnerabilidade”. Destaca, seu entrevistado, ser incoerente um sujeito alheio à área de medicina determinar prazo para a internação.

Patrícia Lhacer (2013, p.145) ainda expõe outras incongruências relativas ao instituto em comento. A sistemática legal impõe o cumprimento do prazo mínimo estabelecido na sentença, para que se efetive o retorno ao convívio social. Para a autora, configurada está a clara afronta aos direitos e garantias fundamentais. Infere-se, desta feita, não a preocupação com o procedimento curativo, mas meramente retributivo, da medida. Perdem, inclusive, seu efeito curativo e sua razão de ser, com o termo final da internação. Seja pelo limite da pena em concreto aplicada na sentença, a pena cominada em abstrato (vide súmula nº 527, do STJ) ou o prazo de

30 anos, determinado pelo Supremo Tribunal Federal, no Habeas Corpus 84.219/2005. Sobre este ponto de vista, temos (SCHUBERT, 2014, p.21) “com o objetivo de tratamento do doente mental, visando o não cometimento de crimes futuros, essas medidas tratativas perdem seu fim ao cessar o tempo de duração, pois o doente será posto em liberdade”.

Um segundo aspecto, delineado pela pesquisadora em epítome, é a desigualdade experimentada pelo inimputável. Afinal de contas, no que rege a lei vigente, aos imputáveis, para delitos em que se aplica a medida de segurança em prazo mínimo de um ano, não seria, sequer, aplicada pena privativa de liberdade. Este ponto, com frequência, é utilizado como argumentação contrária aos que entendem ser o instituto, a partir do fingimento de doença mental, ser uma saída mais curta para a impunidade.

O tratamento reservado aos inimputáveis é, paradoxalmente, mais rígido do que os indicados aos imputáveis, em clara afronta à Teoria do Crime. Oposta ao devido processo legal, um princípio constitucional, vez que o inimputável não possui a mínima condição de compreensão de sua situação. Impossível avaliar a antijuridicidade e a culpabilidade de um inimputável, aduz Maximiliano Roberto Ernesto Fhurer.

O terceiro apontamento é ainda mais contundente, por força da temática abordada. Diz respeito ao critério utilizado para a determinação do período mínimo de tratamento compulsivo. Ferrajoli *apud* Schubert (2014, p.21) já alertava que a periculosidade tinha por base um juízo, ato discricionário do julgador, sem se pautar em fatos. Musse *apud* Patrícia Lhacer (2013, p.146) denuncia que

[...] para a fixação do quantum mínimo de duração da medida de segurança baseia-se na gravidade do delito praticado e não na gravidade da doença mental apresentada pelo indivíduo que praticou o delito, ou seja, o critério utilizado para o ‘tratamento’ é jurídico-legal e não clínico-terapêutico.

Urge salientar, ademais, que, para alguns juristas e operadores do Direito, a Lei nº 10.216/2001 revogou de forma tácita alguns artigos do Código Penal e da Lei de Execução Penal que versam sobre o tema. Como exemplo, citemos Alessa Pagan Veiga e Calos Henrique Generoso Costa. Para estes, encontram-se em desuso, principalmente, o artigo 97, em seu §1º, do Decreto-Lei nº 2848/40 e o artigo 149 e seguintes, da Lei nº 7.210/84. De acordo com Alessa Veiga (2015)

A modalidade de medida de segurança não deve mais se pautar pelo tipo de pena descrito no tipo penal, mas pela indicação do médico e equipe psicossocial, que devem apresentar pareceres e laudos antes de qualquer decisão judicial. A internação deve ser medida utilizada apenas de forma excepcional e subsidiária em casos de surto. Ainda, a internação deve ser realizada em hospitais gerais do Sistema Único de Saúde.

Todavia, não há, explicitamente, no texto legal, qualquer revogação das disposições em contrário à Lei nº 10.216/2001, em um aparente conflito de normas. Divergência passível de resolução por meio da hermenêutica jurídica e a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro – LINDB, a favor da reforma psiquiátrica.

2.2. A Periculosidade:

A periculosidade vincula-se, de forma íntima, com a probabilidade do indivíduo ser o autor de conduta reprovável, quiçá, criminosa. Assim, a manifestação da heteroagressividade é delineada a partir dos níveis graduais de manifestação de violência apresentados pelo avaliando ao longo do tratamento ou durante o exame, seja em condição de internato, seja em perícia ambulatorial. Esta, realizada a partir de estudos dos prontuários médico, jurídico (caso existente) e a análise do histórico clínico e social.

Segundo Leandro de Oliveira Silva *apud* Schubert (2014, p.21), “está ocorrendo uma desvinculação entre a periculosidade da doença mental, ou seja, a temibilidade do doente não se relaciona proporcionalmente ao cometimento de crimes menos ou mais graves”. De encontro ao exposto, Alessandra Prado e Danilo Schindler (2017, p.629) afirmam que “o juiz só poderá determinar o tratamento extra-hospitalar se o fato previsto como crime for punível com detenção”.

Por isso, seria sempre possível a existência de erro no diagnóstico e, por consequência, falha de julgamento, porquanto a conclusão escora-se em um juízo de valor, um ato discricionário dos envolvidos (peritos e juízes). Resta, desta forma, fragilizada a segurança jurídica, em desfavor do réu. Segundo alguns autores, como De Tílio *apud* Schubert (2014, p.23), “existe ainda nos códigos legislativos brasileiros uma ‘qualificação pejorativa’ de que os loucos são incapazes e perigosos”.

3. Divergências acerca da Medida de Segurança:

A despeito dos desvios de finalidade e de função das medidas de segurança, na prática, que culminaram nas inúmeras, e, diga-se de passagem, acertadas críticas sobre o instituto, transformado em punição ou castigo, Franco Dantas e Chaves (2007), nos lembram que

[...] a medida de segurança não é prevista no Código Penal Brasileiro como uma modalidade de sanção, e sim, como um meio de defesa social, cujo objetivo principal seria promover o tratamento dos inimputáveis ou semi-imputáveis, ou seja, pessoas incapazes de entender o caráter ilícito do fato ao tempo da ação ou da omissão.

Conquanto alguns autores, como Leandro Oliveira Silva, *apud* Schubert (2014, p.19), vejam de maneira depreciativa os estabelecimentos de custódia e tratamento, incluindo os seus respectivos funcionários, ao concluir que também estes consideram a instituição “como uma arena da punição, como um depósito da escória ou do estorvo humano”, Franco Dantas e Chaves (2007, p.350), em pesquisa de campo, ao entrevistar os servidores destas instituições, descobriram que

Os guardas prisionais revelam, em suas falas, uma ambiguidade própria da constituição do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, tanto em termos de sua funcionalidade quanto em termos de estruturação física, recursos materiais e humanos disponíveis e indisponíveis. Os sujeitos, então, falam do HCTP, ou Manicômio Judiciário, como uma instituição cuja finalidade seria a de ‘tratar’, ‘cuidar’, mas fazem presente, em algumas linhas que elas também foram concebidas para ‘controlar’, ‘corrigir’, ‘punir’ e ‘modificar’.

Entende-se ser correto o parecer de inúmeros doutrinadores e juristas, bem como de trabalhos investigativos e históricos, de que as medidas de segurança são “materialmente administrativas e formalmente penais” (SCHUBERT, 2014, p.20). Todavia, o maior problema, não é do instituto em si, ou dos hospitais de custódia e tratamento, mas, substancialmente, de falta de fiscalização e de recursos, sejam eles, materiais, humanos ou financeiros. Como consequência, vimos a precarização do sistema.

Em complemento ao seu raciocínio, Schubert (2014, p.21), conclui que o tratamento daqueles que sofrem de transtornos mentais e a sua respectiva ressocialização extrapolam os limites e as possibilidades do Direito Penal,

O Direito Penal deve ser competente quando um ato criminoso (penalmente típico) for praticado por um agente culpável (imputável) e, conseqüentemente ao ser praticado esse ilícito por um doente mental, após a devida constatação, este deve ser encaminhado aos setores estatais hábeis a proporcionar um tratamento adequado. Os doentes mentais precisam de tratamento e não punição por algo que, muitas vezes, não compreendem a ilicitude do fato e muito menos porque estão sendo culpados (SCHUBERT, 2014, p. 32).

Configura, desta forma, “questão de Saúde Pública”. Para ele, o Direito Penal é incapaz de promover os cuidados necessários aos portadores de distúrbios psiquiátricos, condizentes com o insculpido no art. 1º, inciso III, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que estabelece como um dos fundamentos da nação brasileira, a dignidade da pessoa humana.

Paulo Jacobina (2008, p.115) salienta que “Esse cidadão estará sujeito, pois, a medidas de cunho processual e de cunho penal – ambas com diferentes escopos técnicos, mas eventualmente com o mesmo resultado fático: a sua internação”. Acrescenta à discussão Greco *apud* Schubert (2014, p.22)

Cientes de que o estado não fornece o melhor tratamento para seus doentes, devemos deixar de lado o raciocínio teórico e ao mesmo tempo utópico de que a medida de segurança vai, efetivamente, ajudar o paciente na sua cura. Muitas vezes o regime de internação piora a condição do doente o que justifica a edição do novo diploma legal que proíbe a criação de novos manicômios públicos.

Schubert (2014, p.22), inclusive, relembra a função subsidiária, a posição de *ultima ratio*, do Direito Penal, de intervenção mínima. Em seu trabalho, ao citar o Professor Leandro Oliveira Silva, aponta que “as medidas de segurança, atribuições do Direito Penal, são passíveis de causar marcas negativas ainda maiores, uma vez que os doentes mentais estão em situações de extrema vulnerabilidade”.

Em alguns casos, entretanto, utilizou-se da tática do ‘estrangulamento’ das instituições de internação e tratamento, com a progressiva redução de recursos disponíveis, como forma de legitimar o discurso substitutivo. A inexistência de condições de manutenção dos internos foi a causa que ensejou o encerramento das atividades do extinto Hospital de Toxicômanos ‘Padre Wilson Vale da Costa’. Ressalta-se que a condição de carência da supracitada unidade fora, em parte, construída pela própria administração prisional do Estado de Minas Gerais, a partir do abandono material e humano da unidade médico penal.

Não obstante a concordância com a urgente necessidade de melhorias nas áreas de infraestrutura e de atendimento do predito frenocômio, para que se tenha preenchido os requisitos da legislação sanitária, não se procurou o bem-estar dos acautelados. Alguns foram transferidos para unidades prisionais comuns, sem condições para atendê-los satisfatoriamente. A meta fora, simplesmente, a implementação de uma ideologia, a qualquer custo. A consequência, nesta comarca, foi a transferência e manutenção desta população prisional *sui generis* na Penitenciária Professor Ariosvaldo de Campos Pires, localizada na cidade de Juiz de Fora/MG, por ordem do Juiz da Vara de Execuções Criminais local.

Do exposto acima, é forçoso concluir que a permanência dos acautelados com este tipo de diagnóstico matriculados nas Unidades Prisionais comuns, no aguardo da transferência para o Sistema Único de Saúde, torna mais grave a condição deste público tão específico. Para além dos perigos relativos à segurança institucional e da totalidade dos internos, o fechamento das unidades especializadas de atendimento aos portadores de transtornos psíquicos acarretou a superlotação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), dos Hospitais Gerais e de Pronto Socorro.

O encerramento das atividades dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sem o seu correspondente acréscimo em leitos de nosocômios conveniados ao SUS, em face à realocação de verbas orçamentárias, obriga a manutenção destes em Unidades Prisionais. Sem o acompanhamento correto e específico para cada enfermidade, como também as situações singulares de convivência, há o aumento exponencial de risco, para todos.

O superpovoamento das celas, o compartilhamento da área comum por grande parte do tempo e as condições insalubres, em verdadeiro estado de coisas inconstitucional, reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal, na ADPF n° 347, acirram os ânimos. Dificulta, sobremaneira, a interação social daqueles que possuem transtornos mentais e os demais custodiados. Aos que pesam em seu desfavor a medida de segurança, são mantidos em estado de flagrante constrangimento ilegal. Este cenário, inclusive, aduz a realização do Exame de Verificação de Redução de Heteroagressividade e a conversão da medida de segurança na modalidade detentiva para a restritiva, após o prazo de 1 (um) ano, independente do regime inicial de cumprimento de pena atinente ao fato típico praticado.

A redução dos freios morais e a inexistência de controles socialmente admitidos, em razão da insuficiente e deturpada sensopercepção da realidade e a má orientação alopsíquica e

autopsíquica, fomentam brigas e discussões. Como por exemplo, citemos a apropriação de pertences alheios, principalmente alimentação, maior motivação de rusgas entre os que compartilham o mesmo alojamento celular. Estes entreveros podem ser responsáveis por agressões à incolumidade física e mental dos internos (bens jurídicos protegidos constitucionalmente, no art. 5º, inciso XLIX, da CF/88), em especial dos acometidos de perturbações psíquicas, riscos à segurança, com possibilidades de greves de fome e, em último caso, motins e rebeliões.

O cenário é desolador, mormente no espectro que envolve o Sistema Prisional. Se os leitos públicos já não concedem o atendimento necessário, na qualidade estabelecida no ordenamento jurídico nacional à população em geral, quiçá responsabilizando-se por este grupo de indivíduos com características e necessidades distintas, como escolta armada, ambientes com grades, manutenção de uso de algemas, dentre outros aparatos policiais, já que estão sob custódia da Justiça e do *jus puniendi* estatal. Muitos apresentam comportamento beligerante, violento. Personalidades agressivas, refratárias à medicação e ao tratamento, impõem ao corpo clínico e de funcionários destes locais a urgência de um conhecimento que não faz parte de sua formação.

As questões de amparo e custódia vão além dos indivíduos inseridos no Sistema Prisional por causa de ações típicas, produzidas como consequência de suas condições patológicas. O fechamento indiscriminado dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico dificultam, se não inviabilizam, qualquer tipo de auxílio devido àqueles acometidos de transtornos psíquicos durante o cumprimento de pena. Fato não incomum no contexto penitenciário.

Evento denominado de ‘Superveniência de Doença Mental’, previsto no artigo 41, do Decreto-Lei nº 2848/40 e nos artigos 108, 167 e 183, da Lei nº 7210/84. Restam, a estes, a longa espera de abertura de vaga nas exíguas Unidades Médico Penais que subsistem (no Estado de Minas Gerais são apenas duas, a saber, o Centro de Apoio Médico e Pericial e o Hospital Psiquiátrico e Judiciário ‘Jorge Vaz’, uma vez que o Hospital de Toxicômanos ‘Padre Wilson Vale da Costa’ teve suas atividades encerradas), ou o atendimento, nem sempre eficaz, a tempo e modo, do Sistema Único de Saúde. Isto produz um enorme ‘represamento’ de demanda. Débora Diniz (2013, p.170) esclarece que

A internação compulsória em ECTP de indivíduos oriundos de presídio ou penitenciária ocorre em duas situações. No primeiro caso, a doença ocorre depois da infração penal.

No segundo caso, a doença surge depois da condenação e persiste, de modo que a sentença condenatória pode ser convertida em medida de segurança.

Equivocam-se, contudo, àqueles que pensam ser este contexto de abandono exclusividade nacional. Elias Abdalla-Filho e José Manoel Bertolote (2006, p.59),

Nos países europeus também se observa um grande número de pessoas com transtornos mentais no sistema prisional. Como exemplo, são descritas na literatura taxas de prevalência de transtornos mentais em 1996, incluindo transtornos de personalidade e transtornos relacionados a consumo de substâncias químicas, em indivíduos não sentenciados, na proporção de 64% na Dinamarca, 62% na Inglaterra, 63% em Inglaterra e País de Gales e 62% na Irlanda, embora nem todos estejam em necessidade de tratamento. Já em relação a indivíduos sentenciados, os dados são divergentes. [...] Nos dados colhidos, foram citados vários estudos mostrando que muitos prisioneiros não têm reconhecidas suas necessidades de atenção e tratamento psiquiátrico, já que médicos de sistemas prisionais tendem a desconsiderar a necessidade de transferência de pacientes com doenças mentais graves para hospitais psiquiátricos a fim de receberem assistência mais apropriada. [...] Na Suécia, o sistema de avaliação psiquiátrico-forense foi reorganizado em 1991, surgindo uma nova legislação em 1992. Um dos objetivos da mudança era diminuir o número de criminosos que eram transferidos para o sistema de tratamento psiquiátrico-forense em vez de irem para a prisão. Para se alcançar esse objetivo, refinaram-se os critérios médico-legais para insanidade, de forma que eles se tornaram mais estritos. Para que o indivíduo infrator recebesse tratamento psiquiátrico forense, ele teria que apresentar um transtorno mental grave, representado pelas psicoses, e alguns casos especiais de transtorno de personalidade. Entretanto, observou-se que isso não ocorreu, sendo que a média de 50% dos criminosos declarados insanos não diminuiu. Isso porque, embora o número de casos de transtorno de personalidade como causa médico-legal de insanidade tenha caído, aumentou-se o número de casos de psicose inespecífica.

4. Direito comparado – a medida de segurança na Inglaterra:

É ponto pacífico que a psiquiatria forense é o ramo desta especialidade médica a serviço da Justiça. Em seguida, há concordância, quase unânime, de que as formas tradicionais de tratamento psiquiátrico necessitam de novas metodologias, práticas mais modernas e consentâneas à dignidade da pessoa humana. Não obstante esta afirmação, insta salientar que alguns países já trilharam o caminho iniciado no Brasil, experienciando os acertos e erros nesta empreitada. Ante o exposto, observar os aspectos positivos em outros locais, esquivando-se dos equívocos, seria uma forma inteligente de se encurtar o caminho e evitar dissabores, na reforma psiquiátrica. Logicamente, resguardando-se as devidas distinções de contextuais.

Parte das críticas apontadas ao instituto da medida de segurança diz respeito ao abandono no qual o indivíduo se encontra, mormente quando de sua internação nas unidades médico penais, comumente denominadas hospitais de custódia e tratamento. Atenção inadequada e metodologia arcaica estão entre as críticas de cronificação, aparecimento de comorbidades e somatizações. Ainda que esta afirmação se restrinja à seara do Direito Penal, ao menos em parte, pode-se transmutá-la ao atendimento do público em geral, realizado pelo Sistema Único de Saúde. A superlotação do setor psiquiátrico do Hospital de Pronto Socorro da cidade de Juiz de Fora/MG é corriqueira. Lá, casos de abusos também são registrados. Cita-se o estupro de uma paciente do setor efetuado por outro portador de transtorno psíquico em atendimento naquele nosocômio.

Este não é o cenário existente em outros países. Abdalla-Filho e Wolfram Engelhardt (2003, p.245) afirmam que “[...] não se pode negar que existia na Inglaterra uma verdadeira rede pública na área de psiquiatria forense que atende a todo o país”. Em outra passagem, os mesmos autores detectam que “[...] essa rede existe dentro do serviço nacional de saúde que, por sua vez, é subordinado ao Departamento de Saúde e promove um padrão relativamente homogêneo de serviços parciais e terapêuticos”.

Ao manter a linha de raciocínio, Abdalla-Filho e Engelhardt (2003, p.245) narram que “[...] as próprias instituições oficiais que realizam perícias psiquiátricas na área criminal nos diversos Estados estão subordinadas a diferentes órgãos [...] em algumas situações especiais, algumas Universidades também são solicitadas a realizar perícias” já que “[...] inúmeras cidades brasileiras [...] não possuem peritos oficiais em psiquiatria forense”.

Noutro giro, não é necessário muito esforço para concluir que, no Brasil, a heterogeneidade evidente dificulta a implantação de um programa a nível nacional, muito por força das dimensões continentais de nosso território, das dessemelhanças regionais e casos desafortunados de malversação de dinheiro público. A endêmica e famigerada corrupção, com desvios de verbas cada vez mais vultosos, a saber o caso do Rio de Janeiro durante o governo de Sérgio Cabral, exibem os efeitos nefastos destas atitudes pouco democráticas.

A luta antimanicomial, inclusive, iniciou um movimento de fechamento das unidades de custódia e tratamento psiquiátrico. Contudo, nos municípios em que o serviço substitutivo foi instalado e está em funcionamento, qual seja, os Centros de Atendimento Psicossocial, principalmente nos mais populosos, é patente e flagrante a impossibilidade de acolhimento desta demanda criada, como o caso de Juiz de Fora/MG.

A metodologia de trabalho busca inspiração nos modelos utilizados em outros países, como a Inglaterra. Porém, ainda não contemplou todas as práticas e serviços oferecidos. Estelitta-Lins (et. al., 2012, p.58) observa que

Em vários países, sistemas de saúde fomentam iniciativas com equipes multidisciplinares, intervenções domiciliares e especialistas em reabilitação [...] torna-se relevante integrar programas diferentes como psicoeducação familiar, emprego supervisionado ou competitivo, trabalho assistido, manejo de caso, treinamentos de autogerenciamento de crise, serviços voltados para diagnóstico dual/comorbidades, etc.

Tal como o atendimento dispensado aos portadores de transtornos psiquiátricos, no Brasil, a legislação específica localiza-se pulverizada, em inúmeros diplomas legais. Mais uma vez, de maneira diversa, “[...] existe, no sistema inglês [...] uma relação muito mais imbricada entre a abordagem médica e a jurídica do comportamento criminal de um indivíduo supostamente portador de algum transtorno mental” (ABDALLAH-FILHO; ENGELHARDT, 2003, p. 246). Os autores demonstram haver, no Reino Unido, uma normatização própria para estes casos, os portadores de doenças mentais que cometeram atos delituosos. Inclusive, a ‘Mental Health Act’, de 1983, “[...] cria definições de termos diagnósticos inexistentes na atual nomenclatura médica [...]” (ABDALLAH-FILHO; ENGELHARDT, 2003, p. 246).

Este quadro compromete o atendimento, já que o psiquiatra se vê rodeado de termos originários do sistema jurídico. Lado outro, o Juiz, o Promotor e a Defesa não estão familiarizados com as nomenclaturas de um laudo psiquiátrico. Assim a “[...] Inglaterra [...]”

acaba por exigir um cuidado especial para evitar a existência de confusão entre os referenciais médicos e legais [...]” (ABDALLAH-FILHO; ENGELHARDT, 2003, p. 246). Ao fim e ao cabo, os autores estudados afirmam que “[...] torna-se necessária a construção de um relacionamento mais próximo entre a psiquiatria e lei no Brasil [...]” (ABDALLAH-FILHO; ENGELHARDT, 2003, p. 246). No Brasil, não raro, tópicos e questões inerentes a exame de sanidade mental são acrescentados a exames toxicológicos, ou cessações de periculosidade, e vice-versa. Questionamentos sobre a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, de responsabilidade do médico assistente e do Sistema Único de Saúde, são inseridas em perícias forenses, solicitadas pelos juízes criminais.

Estudos iniciados na Inglaterra, como as pesquisas de vanguarda na ‘Tavistock Clinic’ (psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado/ tempo focal), realizadas por Michael Balint (caso Mr. Baker) e David H. Malan, permitiram uma ‘inversão do foco de atuação’ na psiquiatria. Medidas de suporte em domicílio, desde os anos 50 do século XX, são estudadas nos países anglo-saxões. Experiências advindas do serviço social, por meio de lares substitutos, enfermagem psiquiátrica e assistência jurídica apresentaram resultados extremamente positivos. Alcançou-se muita adesão dos pacientes e uma perceptível melhora na qualidade de vida, a partir da psicanálise winnicottiana e kleiniana, de acompanhamento do paciente em seu próprio domicílio, local que lhe é familiar. Carlos Estellita-Lins (et. al., 2012, p.54) aponta que

[...] o hospital-dia, as experiências de comunidades terapêuticas, as iniciativas de convívio da antipsiquiatria e os novos modelos de pesquisa com crianças (e seus pais/cuidadores) tiveram um papel decisivo na formação de um repertório de intervenções ambientalistas do qual deriva o AT [*acompanhamento terapêutico*] [...] ‘experimentos’ clínicos baseados em permanecer junto ao paciente, acompanhar seu sofrimento e compartilhar a experiência da loucura, angústia e estranhamento foram decisivos para que ocorresse uma mutação profunda na mentalidade de psicólogos, médicos e profissionais de saúde mental.

Tornou-se possível uma ampliação do referencial clínico para o ambiente do paciente psiquiátrico. Mais uma vez, Estellita-Lins (et. al., 2012, p.54-57),

A vulnerabilidade extrema passou a despertar interesse. A problemática do cuidar emerge no interior da própria técnica psicanalítica através de conceitos como espaço transicional, processos de maturação e especialização do meio ambiente. A noção de resiliência faz convergir psicologia social e psicanálise. [...] Torna-se imperioso dispor de uma reflexão capaz de trabalhar com tensões permanentes e insolúveis sem, contudo, desconectar-se de aspectos pragmáticos.

Assim, houve um avanço da atuação do acompanhante terapêutico, para além da relação médico e paciente (clientelista assistencial). O ambiente no qual se insere o indivíduo, seus familiares e amigos, passaram a ser parte importante do tratamento. O cuidado ultrapassou as paredes do consultório (clínica ampliada), com vista à reinserção social do sujeito, na medida de suas possibilidades, individualmente consideradas.

Lançou-se mão do contexto como ferramenta de tratamento, a partir de políticas similares ao nosso Programa de Saúde da Família. Parentes e pessoas próximas foram convidadas a participar do tratamento, frequentando os centros de reabilitação psicossocial e tomando conhecimento do diagnóstico da doença e seus desdobramentos. Cuida-se, destarte, do todo, não somente da parte, na busca de autonomia e individualização. Medida de tratamento mais afinada ao princípio fundamental da dignidade da pessoa humana e dos direitos e garantias constitucionais e mais completa que o atendimento estabelecido, hodiernamente, nos CAPS, principalmente o especializado em drogaditos.

Também são mantidas instituições com capacidade para acolhimento de portadores de transtornos mentais em seus mais variados estágios de desenvolvimento da doença. Unidades com a estrutura em espécie de hibridismo, em amálgama aos modelos dos HCTP's e dos CAPS. Desde os que se encontram em crise, até os que já se apresentam com o quadro clínico controlado (quimicamente contido). São oferecidas atividades compatíveis aos níveis e graus de interação com o ambiente de cada indivíduo. Gradualmente, o sujeito é reinserido no seio familiar, com a manutenção do serviço de acompanhamento médico.

No âmbito nacional, temos uma portaria que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP – Portaria nº 001/2014 e Portaria MJ/MS nº 1.777/2003). Mas a implantação da assistência depende da adesão do ente municipal da localidade das Unidades Prisionais, o que nem sempre é possível por questões burocráticas. De forma similar, atua o Estado de Minas Gerais, por meio do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ e do Programa Novos Rumos – TJMG (Resoluções nº 633/2010, 659/2011, 784/2015 e 843/2017). Havia uma colaboração entre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Minas Gerais com estes órgãos. Convênios estes que vinham alcançando bons resultados, no trabalho em conjunto.

Todavia, fora descontinuado na cidade de Juiz de Fora de maneira abrupta, com a implantação da política de desospitalização e o fechamento do Hospital de Toxicômanos. Os pacientes, quando da necessidade de internação, atualmente, são ora mantidos em Unidades Prisionais, ora encaminhados às Unidades Médico Penais restantes (Hospital Psiquiátrico e Judiciário ‘Jorge Vaz’, em Barbacena/MG e o Centro de Apoio Médico Pericial, em Ribeirão das Neves/MG). Por consequência, longe do seio familiar e da possibilidade de visitas e acompanhamentos, primordiais para evolução dos indivíduos. Há maior oneração dos cofres estaduais, já que necessárias constantes viagens de deslocamento dos internos, para matrículas naquelas unidades, audiências, perícias e demais procedimentos de rotina.

4.1. A Lei 10.216/2001 e a Reforma Psiquiátrica:

Na esteira dos movimentos de humanização do instituto da Medida de Segurança, temos a Lei nº 10.216/2001, alinhada com a Declaração de Caracas para a América Latina e Caribe (1990) e resultado da Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Projeto de autoria do então deputado federal mineiro Paulo Delgado, sua função primordial era a reformulação dos serviços de assistência aos portadores de transtornos mentais, com ênfase na proteção e no amparo. O texto legal define os direitos das pessoas acometidas com doenças mentais; a responsabilidade do Estado no custeio e fornecimento do tratamento necessário; as modalidades de internação; a regulamentação das pesquisas e, por fim, a criação de uma Comissão Nacional para acompanhar a implementação da Lei.

A legislação em tela também avançou no que tange aos familiares e parentes próximos, muitos encarregados da tarefa de curadoria. A terminologia empregada no contexto da normatização da intervenção também sofreu evoluções. Conforme Schubert (2014, p.26), “Vale destacar também que houve uma mudança significativa com relação ao termo designado ao paciente, ou seja, na legislação de 1934 era usado ‘psicopata’ e, com a atual mudança passou-se a se referir ao louco como portador de transtorno mental”.

Importante observação diz respeito à manutenção do aparato hospitalar, como ferramenta de atendimento, principalmente nos casos de crises. O próprio autor supracitado, embora defenda a atual política de desinstitucionalização, aponta que “Essa lei federal tem como suporte, duas

ideias: a questão da proteção e o direcionamento do modelo assistencial, mas ainda mantém a estrutura hospitalar [...] fundamentada no questionado ‘modelo hospitalocêntrico’” (SCHUBERT, 2014, p.26).

Neste ponto, é preciso estabelecer uma crítica. A soma da inércia do Poder Executivo na execução das leis e a morosidade com que políticas públicas e programas assistenciais são implantados, culmina na manutenção desta população em um nicho de desassistência e falta de apoio, por força da insuficiência de vagas no Sistema Único de Saúde. Fato este, público e notório, que atinge não só a especialidade da psiquiatria, mas todos os ramos deste poder-dever do Estado.

Noutro giro, não pode a reforma empreendida (SCHUBERT, 2014, p.27), “transformar a casa em um novo hospital, de modo a ser este doente um peso na vida de quem o fosse cuidar [...] na ‘devolução’ dos doentes àqueles parentes mais próximos, como se estes por si só tivessem a capacidade e o dever de cuidado”, já que em sua grande maioria, a população em geral não possui condições e conhecimento suficientes para suprir os cuidados necessários. Familiares em situações de vulnerabilidade financeira e de informação podem estimular, por falta de adequada atenção, casos de agudização da sintomatologia e reincidência em condutas consideradas ilícitas, em prejuízo aos interesses do sujeito portador de transtornos mentais.

Mesmo favorável ao processo de reorganização do atendimento psiquiátrico, Schubert (2014, p.30), reconhece que “em muitos casos, com o despreparo familiar para acolher novamente o doente, este acaba ficando sob a custódia das instituições psiquiátricas, que, [...] os abriga em suas dependências”. Essa afirmativa, não afasta a estigmatização da qual o doente mental é vítima, tendo por consequência, a sua segregação do convívio social.

A depender de fatos pretéritos e do histórico comportamental do indivíduo, a própria família rejeitará o retorno do paciente à residência, ainda que este seja o núcleo social que, ao menos em tese, o receberia de forma menos preconceituosa, “A sociedade não acolhe com facilidade o diferente, dessa forma, os parentes ou a família em geral, possuem uma maior sensibilidade às necessidades do portador da deficiência” (SCHUBERT, 2014, p.27). Todavia, o mesmo autor reconhece e concorda com a afirmação acima, em passagem seguinte, ao expressar que “muitas vezes é o simples desencargo e descompromisso a fim de tornar a instituição não mais responsável pelo paciente”.

Não obstante a importância do retorno a um ambiente relacionado com as experiências do indivíduo, é imprescindível observarmos que “a família precisará de um vasto apoio de profissionais da saúde mental, educação, serviço social, etc” (GONÇALVES E SENA *apud* SCHUBERT, 2014, p.27). Um serviço multidisciplinar, com profissionais de diversas áreas como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, terapeutas ocupacionais, advogados e outros, a depender de cada caso concreto.

Concorda com o narrado, Paulo Jacobina (2008, p.136), não sem efetuar alguns alertas, como a falta de certeza em alguns passos dados pela política antimanicomial

A devolução da voz e da cidadania ao sujeito com transtornos mentais vai implicar a restituição de responsabilidade. Para construir essa responsabilização, será necessária uma boa dose de pluralismo e de abertura a outros saberes, mas, acima de tudo, de um profundo questionamento dos conceitos jurídicos de responsabilidade civil e penal e de um repensar de estruturas arcaicas, como a medida de segurança, incoerentes com o ordenamento atual, mas aplicadas por inércia jurídica. [...] Que essa solução não deva passar pelo direito penal, isso parece claro; no entanto, não parece claro por onde ela deva passar.

Salta aos olhos o paralelismo entre os membros citados pelos críticos do instituto da medida de segurança e os responsáveis pelo exame de verificação de redução da heteroagressividade e violência. Infelizmente a ausência, ainda que pontual, destes especialistas nos locais destinados ao tratamento dos pacientes, quer nos Hospitais de Custódia e Tratamento, como nos Centros de Apoio Psicossocial, dificultam ou atrasam diagnósticos e prognósticos de melhora dos que buscam o Sistema Único de Saúde ou se encontram encarcerados.

5. A visita ao CAPS-Álcool e Drogas (CAPS-III):

Em meados do século XX, precisamente no fim dos anos 60, foram dados os primeiros passos para uma reforma psiquiátrica, em solo brasileiro. De início, objetivou-se drástica redução do número de internações em hospitais especializados no tratamento de transtornos mentais. Políticas públicas visam a criação e a manutenção de uma rede de acolhimento e atendimento para além dos muros e internações compulsórias, sem prescrição ou orientação médica assistencial. De acordo com Schubert (2014, p.23), uma saída mais humanizada, com finalidade na desconstitucionalização e desconstrução dos manicômios seria

[...] sustentar uma rede extra-hospitalar adequada, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os centros de convivência, os ambulatórios, os programas de suporte social, além de outros meios que promovam a qualidade de vida e os direitos dos pacientes e de seus familiares.

Assim, esta ideia busca uma mudança de cultura, uma transformação no campo sociojurídico e político em que se insere o tratamento. Mesmo que seus defensores aleguem não se tratar de desospitalização e, conseqüentemente, desassistência aos pacientes, mas sim abandono do aprisionamento e do confinamento, não é o que se demonstra, a partir de um estudo inicial dos números. Daniela Arbex (2013, p.230) e Schubert (2014, p.24), apesar de seus posicionamentos contrários aos hospitais de custódia e tratamento reconhecem que

Segundo o Ministério da Saúde, 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, sendo ele contínuo ou eventual, representando um contingente de 22 milhões de pessoas. Com 1.620 Centros de Atenção Psicossocial instalados no país até 2010, o indicador de um CAPS para cada cem mil habitantes ainda não foi alcançado.

Quando da visita ao Centro de Atenção Psicossocial especializado em Álcool e Drogas (CAPS-AD), da cidade de Juiz de Fora, no ano de 2017, no segundo semestre, como atividade de campo para a disciplina Psicologia e Saúde, oferecida pelo Instituto de Ciências Humanas desta Universidade e constante da grade obrigatória do curso de Direito, estabelecemos contato com alguns pontos importantes. Repisa-se que uma grande parcela dos portadores de alterações psíquicas apresenta maior facilidade de contrair dependência química, fruto das alterações

neuroológicas causadoras dos transtornos cognitivos e volitivos. Foi levado em conta este fator na escolha do ambiente a ser visitado.

Existia, àquela época, apenas um Centro de Atenção Psicossocial especializado no tratamento de portadores de transtornos mentais em estado de drogadição (CAPS III - Centro-Sul-Sudeste). De acordo com o sítio na internet da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, em seu portal de serviços, este número permanece, tendo a unidade se deslocado do bairro Santa Helena para o bairro do Morro da Glória. O CAPS-AD em estudo funcionava, no período da visita, em ‘horário comercial’, sem previsão de funcionamento aos fins de semana. Hoje, também consoante o sítio da Prefeitura local, realiza acompanhamento 24 horas, mas somente para os serviços de internação (leitos). Outras atividades estão condensadas no horário de 8 h às 18 h. Os demais Centros de Apoio Psicossocial e o Centro de Atenção à Saúde Mental (CASM/PAM Marechal) também mantiveram o ‘horário comercial’ na oferta de procedimentos.

Possuía, na data da visita, 7 (sete) leitos para atender à população juizforana, sendo 4 (quatro) deles masculinos e 3 (três) femininos. Hoje, reduziu-se o número de acomodações, perfazendo o total de apenas 6 (seis) leitos. Números não superiores nos demais CAPS espalhados pela cidade. Por conta da infraestrutura precária, com pouca ou nenhuma segurança para os demais pacientes e funcionários, as internações eram antecedidas por uma anamnese, espécie de ‘peneira’. Os casos eram analisados individualmente, com pesquisa sobre o prontuário médico e o histórico comportamental do paciente. Esta rotina permanece.

Nos eventos de urgência, o CAPS não poderia interferir, vez que não havia o atendimento de ‘porta aberta’, mas tão somente o de ‘hospital-dia’. Assim, era necessário o encaminhamento do indivíduo ao Centro de Atendimento Psicossocial, por meio das Unidades Básicas de Saúde, localizadas nos bairros de residência destes, por meio de triagem. Portanto, os casos não atendidos tangiam desvios ao Hospital de Pronto Socorro local, possuidor de uma ala psiquiátrica, em constante estado de superlotação. Mais uma vez, no fluxograma do atendimento ao portador de transtornos mentais continua sendo obrigatória a consulta via programa de Saúde da Família, ou do médico responsável pela UBS do endereço do paciente, para efetivação da assistência.

Assim como em todos os setores públicos, aqui também havia a insuficiência de recursos humanos e de materiais. Segundo relatos de servidores, faltavam médicos psiquiatras e remédios essenciais da ‘cesta’ de atendimento. A maior parcela dos servidores do CAPS-AD trabalhava em

regime de contrato administrativo, com duração de 12 (doze) meses. Este cenário de vínculos precários apenas começou a ser alterado a partir de 2019, com a efetivação do quadro de funcionários, paulatina e gradual. Em entrevista, alguns funcionários relataram dificuldades na aderência do tratamento pelos usuários, uma vez que, quando havia a conquista da confiança destes pelo profissional, o contrato chegava ao seu termo final, e, nem sempre, era renovado, o que impunha, ao novo responsável, recomeçar todo o trabalho, atrasando a evolução clínica dos pacientes.

Por força dos critérios de seleção, os funcionários apontavam que nem todos possuíam a formação requerida para o trato com os portadores de transtornos mentais em comorbidade com a drogadição. Outrossim, alguns servidores relataram ter medo de lidar com determinados pacientes, por conta da grande curva de variação do humor presente nos atendidos.

A contenção de fenômenos psicóticos dos pacientes dependia da disponibilidade do envio de força policial ou da guarda municipal, porquanto, sem a presença destes, os membros do Sistema de Atendimento Médico de Urgência não intervêm. De acordo com os entrevistados, o Corpo de Bombeiros afirma que, por não se tratar de acidente e sim, sinistro em local interno a imóvel, a responsabilidade da ocorrência não é do CBMMG mas do SAMU. Ressalta-se que não existia, à época, qualquer agente da segurança pública de plantão no local.

5.1. A experiência com as Residências Terapêuticas:

Tal como ocorre com os Centros de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas aparecem como alternativa de substituição aos Hospitais Psiquiátricos convencionais e de Custódia e Tratamento. Entretanto, assim como no primeiro exemplo, esta instituição também poderia ser utilizada em conjunto com os demais. Em tese, deveria ser lançada em paralelo aos Centros de Atenção Psicossocial, após a passagem e estabilização dos pacientes nos Hospitais.

A manutenção da matrícula dos portadores de transtorno em estado de surto deveria ser limitada à superação dos episódios de crise. A partir deste ponto, haveria a transferência para a Residência Terapêutica, aos que não possuíssem familiares interessados na curadoria e no cuidado, ou a alta, para casa, daqueles apresentassem domicílio.

Da experiência profissional com as residências terapêuticas e o aceite de novos moradores, fez-se notória a pouca receptividade dos moradores ao redor das instalações das

residências. Em três casos, a despeito do acompanhamento de representantes das áreas social e de psicologia, nítido foi o descontentamento da vizinhança com a localização. Faz-se mister o trabalho de popularização das residências e conscientização dos que residem no entorno. Este é um dos motivos que fomentam a manutenção das unidades médicas especializadas, sobretudo no serviço de estabilização.

A maioria, se não a totalidade, das residências visitadas têm, como responsável, um cuidador, que, nem sempre, é portador de formação na área da saúde. Desta forma, por força da patologia, corre-se o risco de algum usuário do sistema, em agudização do seu estado clínico, praticar algum ato prejudicial ou negativo para a imagem do programa, com viés claramente social e humanizador.

Casos de violência, desvios de auxílios financeiros prestados por entes governamentais, retenção de benefícios previdenciários e abandonos, em um passado próximo, foram noticiados por jornais de circulação municipal. Reportagem da jornalista Daniela Arbex, anexada abaixo, consubstancia a afirmação.²

TRIBUNA DE MINAS BUSCAR

CIDADE POLÍTICA ECONOMIA ESPORTE CULTURA REGIÃO BRÁSL E MUNDO CONCURSOS

Tópicos em alta: Perfil do Consumidor Juiz-Fora / Boleirão / Polícia

GRADUAÇÃO **Educação Física** Grandes professores atuantes no mercado de trabalho. VESTIBULAR 2020 MATRICULE-SE APQGEU Ensin.E

Página inicial / Notícias / Cidade / Secretaria de Saúde faz intervenção em residência terapêutica de Juiz de Fora

Secretaria de Saúde faz intervenção em residência terapêutica de Juiz de Fora

Decisão foi tomada enquanto é feita apuração sobre suposta agressão a uma usuária por cuidadora

Por Daniela Arbex
13/04/2018 às 07:00

f 7E t g e + 30

²ARBEX, Daniela. Secretaria de Saúde faz intervenção em residência terapêutica de Juiz de Fora. Tribuna de Minas, 2018. Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/13-04-2018/secretaria-de-saude-faz-intervencao-em-residencia-terapeutica-de-juiz-de-fora.html>. Acesso em: 28 de dezembro de 2019.

Aparentemente, o histórico do atendimento nesta rede, considerada mais humanizada, não é tão positivo como se busca apresentar. Acompanham, esta afirmativa, mais algumas manchetes do mesmo periódico local.³



TRIBUNA DE MINAS BUSCAR

CIDADE POLÍTICA ECONOMIA ESPORTE CULTURA REGIÃO BRASIL E MUNDO CONCURSOS

Tópicos em alta: Perfil do Consumidor Juiz-forano / boissonaro / polícia

Especial de Natal BAHAMAS

Página inicial / Notícias / Cidade / **Sindicância investiga residências terapêuticas**

Sindicância investiga residências terapêuticas

JORGE RAMOS, secretário executivo do Conselho Municipal de Saúde, estranhou a ausência de representantes do órgão na comissão MARCELO OLIVEIRA SECRETÁRIA DE Saúde, Beth Jucá, admite que denúncias foram recebidas há 60 dias, mas vai esperar conclusão de trabalhos para se manifestar LEONARDO COSTA A Secretaria de Saúde criou uma comissão para apurar denúncias [...]

Por Tribuna
04/01/2017 às 07h00- Atualizada 06/01/2017 às 10h55

f t w m +



TRIBUNA DE MINAS BUSCAR

CIDADE POLÍTICA ECONOMIA ESPORTE CULTURA REGIÃO BRASIL E MUNDO CONCURSOS

Tópicos em alta: Perfil do Consumidor Juiz-forano / boissonaro / polícia

José Anísio da Silva - Pitico
Melhor Idade - Quinta, às 9h50

CBN FM 91,3

Página inicial / Notícias / Cidade / **Sindicância aponta falhas em residências terapêuticas da Casa Viva**

Sindicância aponta falhas em residências terapêuticas da Casa Viva

Direção diz que problemas são pontuais e verificados em qualquer moradia

Por Daniela Arbex
14/07/2017 às 07h00- Atualizada 14/07/2017 às 08h48

f t w m +

³Sindicância investiga residências terapêuticas. Tribuna de Minas, 2017. Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/04-01-2017/sindicancia-investiga-residencias-terapeuticas.html>. Acesso em: 28 de dezembro de 2019.

ARBEX, Daniela. Sindicância aponta falhas em residências terapêuticas da Casa Viva. Tribuna de Minas, 2017. Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/14-07-2017/sindicancia-aponta-falhas-em-residencias-terapeuticas-da-casa-viva.html>. Acesso em: 28 de dezembro de 2019.

A infraestrutura, tal como nos CAPS-AD, também é deficiente. Dos 3 casos acompanhados, de transferência de internos do extinto Hospital de Toxicômanos ‘Padre Wilson Vale da Costa’, Unidade de Custódia e Tratamento localizada nesta cidade, em dois deles, foi solicitada, pelo Departamento de Saúde Mental, a manutenção, por um certo lapso temporal, do envio da medicação por àquela Unidade, mesmo não mais sendo responsável pelo acautelamento do interno.

Relevante destacar o atendimento à população carcerária em estado de sofrimento mental, pela Unidade Médico Penal em tela, não só da cidade, porém de todo o Estado de Minas Gerais. Nas palavras de Débora Diniz (2013, p.166) “Uma das características do HTPWVC é realizar laudos de sanidade mental para indivíduos de todo o estado de Minas Gerais, o que demarca o perfil das situações de internação da população do estabelecimento”.

Lento, também, fora a espera de abertura de vaga/leito nestas residências, desconsiderando o salutar período de adaptação, em que o paciente intercalou momentos nos dois ambientes. Este cenário demonstra a carência do tratamento, que, se agora, é realizado fora dos institutos de internato, solicita maior atenção da Rede Pública de Saúde e dos governantes. Em reportagem realizada por Daniela Arbex (2017), do Jornal Tribuna de Minas, em 14 de julho de 2017 (citada acima), a condição financeira do programa também encontra problemas,

Uma das dificuldades apontadas pelo diretor da Associação Casa Viva na administração dos serviços residenciais terapêuticos é o valor do financiamento para a manutenção das moradias. O Ministério da Saúde repassa R\$ 20 mil mensais por cada casa. Segundo José Eduardo Amorim, o valor é insuficiente para custear aluguel do imóvel, pagamento de mão de obra especializada, alimentação e outros insumos, havendo um déficit de cerca de R\$ 9 mil por moradia. Atualmente, das 29 residências terapêuticas do município, sete ainda não foram credenciadas pelo órgão federal e têm seus gastos custeados pelo município. De acordo com Beth Jucá, a Prefeitura injeta anualmente cerca de R\$ 3 milhões no serviço. [...] Apesar da quantia, a secretária descarta a implantação de novos serviços residenciais terapêuticos em Juiz de Fora. “Hoje não temos mais condição de custear serviços até que o Ministério da Saúde os habilite, como aconteceu com o Caps Álcool e Drogas por exemplo. Nosso maior gasto é referente a folha de pagamento. Só podemos pensar em novos serviços residenciais terapêuticos a partir da habilitação das sete residências que faltam. Por isso, a primeira chamada pública é para a administração de 17 casas já existentes. Os interessados têm até 14 de agosto para se habilitarem. A segunda chamada contemplará outras 12 casas”, explicou. O contrato com a Associação Casa Viva vence em outubro deste ano.

Considerações Finais:

A intenção do presente estudo não foi defender, de maneira incontestada, o instituto da Medida de Segurança, tampouco apontar, como positivo, o arcaico e tradicional tratamento dispensado àqueles acometidos por transtornos psiquiátricos. Decerto, há muito era necessário a implantação de políticas públicas e o advento de legislação específica mais condizente com os direitos e garantias fundamentais constitucionalmente previstos. Evidente a necessária humanização do atendimento prestado aos doentes mentais, em todos os procedimentos, com vista à melhora de sua condição clínica, e não à cronificação do seu estado.

Como exposto pela imensa maioria dos especialistas, o Direito Penal não possui, atualmente, ferramentas suficientes e úteis para promover qualquer tipo de melhora na sintomatologia. Pelo contrário, por vezes, a imposição de penalidades dificulta ou impede uma intervenção mais assertiva. Assim, quando extinta a execução punitiva imposta, no caso concreto, retornaria à sociedade um indivíduo nas mesmas condições em que deu entrada no sistema prisional, quiçá em pior estado. A Lei nº 10.216/2001, intensificou a luta antimanicomial, iniciada em meados do século XX, como demonstrado ao longo do texto. Instrumento que representou uma nova guinada na clínica médica, culminou em uma progressiva desospitalização e desinstitucionalização dos doentes mentais.

O fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos, paulatinamente, representou o aparecimento dos Centros de Atenção Psicossocial e das Residências Terapêuticas. Contudo, mesmo que vigente há quase duas décadas, os substitutos aos criticados e solapados manicômios judiciários, na prática, ainda não lograram condições de prover, de forma efetiva e substancial, o tratamento defendido pela luta antimanicomial.

Como tentou-se comprovar ao longo da pesquisa, o novo estado da psiquiatria, no seu ramo forense e a desinstitucionalização empreendida no Brasil não seguiu o processo instituído nos demais países, mormente se em comparação aos exemplos europeus, como Itália e Inglaterra. Apesar da produção legislativa, com inegável avanço frente às disposições jurídicas ora vigentes, sobrevieram algumas lacunas importantes, que, não desmerecem o estágio hodierno do tratamento dispensado, mas que requerem maior atenção.

A imposição do encerramento das atividades dos HCTP'S, no contexto do sistema prisional, determinou a manutenção dos acometidos de transtornos mentais em condições, por

vezes, mais graves do que se encontravam anteriormente. Na comarca de Juiz de Fora, com a extinção do Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa, por orientação da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública, em respeito a decisão prolatada pelo douto magistrado da Vara de Execuções Criminais local, aos que foram imputadas medidas de segurança, na modalidade internação, são destinadas matrículas nas Unidades Prisionais.

Nesta cidade, foi escolhida a Penitenciária Professor Ariosvaldo de Campos Pires. Esta escolha se deu por força do maior número de profissionais da área da saúde que compõem o quadro de servidores lotados naquela instituição, se considerada a situação funcional das demais UP's. Àqueles a que são impostas medidas de segurança na modalidade ambulatorial, se reclusos por conta de outras condenações, realizam o tratamento por meio de escoltas, ao Sistema Único de Saúde, ou no interior da própria UP. Se em liberdade, nos CAPS.

Isto posto, cristalino concluir que, um ambiente considerado insalubre, superlotado, com poucos e exíguos recursos para atender a uma demanda crescente e reprimida, é infinitamente mais prejudicial à condição de vulnerabilidade dos pacientes psiquiátricos. Na situação específica do Hospital de Custódia e Tratamento local, o HTPWVC, imperioso estabelecermos uma singela comparação. Naquele frenocômio, os internos eram mantidos acautelados em celas individuais. A medicação, ministrada por técnicos de enfermagem, que acompanhavam a sua utilização, diuturnamente. Diferentemente, na unidade escolhida para albergar os possuidores de transtornos, como também aqueles que desenvolvem, no cárcere, algum tipo de alteração psíquica, a distribuição da medicação é confiada ao preso responsável pela limpeza do pavilhão, conhecido por "faxina". Isto corrobora o mau uso do medicamento, utilizado, na maioria das vezes, como moeda de troca, ou por indivíduos sem prescrição médica.

A situação de segurança é outra dificuldade que se faz presente. Ao já difícil convívio em um local no qual todos são mantidos em constante e elevado nível de estresse, em face à privação de liberdade, ao calor excessivo, às condições inadequadas que facilitam a proliferação de doenças, ao número de pessoas acima do projetado para os alojamentos celulares, é adicionado a variante do paciente psiquiátrico. Por força de sua situação individual, não é incomum o abuso físico e psicológico, cometidos pelos demais acautelados. Importunações sexuais de todos os tipos, indução ao cometimento de faltas disciplinares, imposição de transgressões das regras com a posse de materiais ilícitos e violência de todo o tipo, são algumas das situações ofertadas aos

doentes mentais, frente a inexistência de local especializado na custódia desta parcela numerosa de indivíduos inseridos no sistema prisional.

Logicamente, não se olvida que, por obra das distinções regionais, dificuldades financeiras e outras contingências, boa parte dos demais hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico não estejam equipados de maneira correta, aos moldes das normativas e dos regulamentos prisionais e de saúde, frente ao hibridismo inerente a estas unidades médico penais. Não obstante, lícito compreender que a manutenção deste público em unidades prisionais destinadas a presos comuns, seguramente, é tão ou mais prejudicial do que a matrícula destes nos HCTP's. O represamento do atendimento e o cumprimento da imposição judicial em local inadequado força, ou a convalidação da medida de segurança, da modalidade internamento para a ambulatorial de maneira antecipada, ou a cronificação dos seus sintomas.

Com efeito, também tentou-se demonstrar que carecem de maior atenção, conscientização popular (na ânsia de se ver reduzido o preconceito) e, principalmente, investimentos, os organismos, hoje, responsáveis pela atenção básica deste nicho social. Os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas ainda não têm condições de atender, de forma adequada, ao fluxo de usuários do sistema de saúde pública em sua totalidade. O número de leitos e vagas existentes nos CAPS's e nas RT's comprovam que uma considerável parcela da população figura sem acesso aos serviços de saúde, ou com este restrito. Percebe-se este quadro, nos setores de atenção primária e nos que demandam intervenções mais complexas.

Mesmo o PAI-PJ, programa mineiro voltado para a coordenação e operação executiva das medidas de segurança, com fulcro na desinstitucionalização dos pacientes, encontra dificuldades para alcançar a internação de determinados pacientes, aqui em Juiz de Fora/MG. Por vezes, somente após despacho judicial, o Hospital de Pronto Socorro, também em estado de precarização do atendimento em função do excesso de atendimentos e sinistros, autoriza a internação de novos pacientes.

Portanto, em razão do quadro descrito, procurou-se defender a utilização em conjunto do aparato existente, não só estrutural, como também humano e financeiro. Ao invés de se abandonar os Hospitais Psiquiátricos, estes poderiam ser utilizados como Hospitais de Pronto Socorro, visando a estabilização dos pacientes, quando em quadro de surto psiquiátrico. Solução, inclusive, condizente com o atual cenário de crise mundial. A partir da evolução clínica dos sujeitos, ao se considerar o contexto socioeconômico e familiar de cada um, seria indicado o

encaminhamento, ou aos CAPS's, ou às RT's. Na tentativa de se evitar desvios de conduta, ilegalidades e outras mazelas que fizeram parte da história da psiquiatria nacional, importante a fiscalização mais firme da promotoria de saúde, da vigilância sanitária, do juízo da vara de execuções criminais e sua promotoria respectiva, em toda a rede de atenção.

Como exemplo, podemos lançar mão da nova utilização das dependências do HTPWVC. Nos dias atuais, transformado em anexo da Penitenciária José Edson Cavalieri, tem suas 100 (cem) vagas destinadas a presos do regime semiaberto, com lotação já excedente para a qual fora projetado, em detrimento da segurança e dos direitos conferidos, legalmente, aos presos. Por um ínfimo lapso temporal, estas vagas serviram para reduzir o déficit de vagas no sistema prisional da cidade de Juiz de Fora/MG. Durante seu pleno funcionamento, o HTPWVC foi mais efetivo, vez que a realização dos exames de sanidade mental, dependência toxicológica e verificação de redução da heteroagressividade tinham prazo certo para serem realizados. Desta feita, um maior número de pacientes era atendido e estabilizado, em escala anual, frente aos que, somente, aguardam a progressão de regime para o aberto e compõem a população residente e matriculada no, agora, anexo de uma unidade prisional comum. Ou seja, as vagas estão subutilizadas, culminando na precarização do atendimento nas Unidades Médico Penais restantes no Estado de Minas Gerais (CAMP e HPJJV), bem como no Sistema Único de Saúde implantado na cidade, em um círculo vicioso.

Na expectativa de se aplicar, ao menos de maneira paliativa, uma solução para a questão da manutenção dos internos em unidades prisionais comuns, seria interessante a constituição de equipes multidisciplinares itinerantes, com a finalidade de se realizar os exames previstos em nossa codificação penal e processual penal, nas UP's e nos locais em que ausentes peritos forenses, ou que inexistem especialistas em psiquiatria na região. Esta resolução teria, por norte, o fomento ao respeito à dignidade da pessoa humana e as demais garantias constitucionais.

Referências Bibliográficas:

ABDALLA-FILHO, Elias; ENGELHARDT, Wolfram. A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2003; 25(4), p. 245-248.

ABDALLA-FILHO, Elias; BERTOLOTE, José Manoel. Sistemas de psiquiatria forense no mundo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2006; 28 (Supl. II), p. 56-61.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 23(6):2067-2074, 2018.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BAUMAN, Zygmunt. **O Mal-Estar da Pós-Modernidade**. Jorge Zahar Editora: Rio de Janeiro/RJ, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. **Código de Processo Penal**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm.

BRASIL. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. **Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm#art1.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. **Institui a Lei de Execução Penal**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. 3º ed. revista e atualizada – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Editora Edusp: São Paulo/SP, 1998.

CARRARA, Sérgio. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**. 2010; 20(1), págs. 16-29.

CHALUB, Miguel (*et.al.*). **Psiquiatria Forense de Taborda**. 3ª edição. Artmed: Porto Alegre, 2016.

COSTA, Calos Henrique Generoso. **A revogação tácita do art. 97, §1º do código penal, decreto lei número 2.848/40, após a lei número 10.216/01**. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/DireitoSerro/article/view/16547>. Acesso 14 de dezembro de 2019.

COSTA, Mari Angela Herédia da. **PRB-3: Meu ouvinte, meu amigo – A história do Padre Wilson Vale da Costa**. Funalfa Edições: Juiz de Fora/MG, 2003.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011**. Letras Livres: Editora Universidade de Brasília: Brasília/DF, 2013.

ESTELLITA-LINS, Carlos. *et. al.* Prevenção, adesão, promoção de saúde e reabilitação sob o acompanhamento terapêutico. **Revista de Psicologia**. Vol. XXVI. Edições Colibri: Lisboa, 2012.

FRANCO DANTAS, Milena Amélia; CHAVES, Antônio Marcos. Saúde Custodiada: Representações dos guardas sobre o hospital de custódia. **Revista Psicologia, Ciência e profissão**, vol. 27, nº 2, 2007, págs. 342-357. Conselho Federal de Psicologia: Brasília, Brasil.

FREUD, Sigmund. **O Mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos**. Cia. das Letras: São Paulo/SP, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Jorge Zahar Editora: Rio de Janeiro/RJ, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo/SP: Ed. Perspectiva, 1961.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Saúde Mental e Direito: um diálogo entre a reforma psiquiátrica e o sistema penal. **Trabalho de Conclusão de Curso - Fundação Universidade de Brasília – Unb, pela Faculdade de Direito da UnB em conjunto com o Núcleo de Estudos em Saúde Pública, e pela Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ**. Brasília, 2003.

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

LHACER, Patrícia Maria Villa. 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. **Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo**, São Paulo/SP, 2013.

LOPES, Randiza Santis. Entre a atenção à saúde e a legalidade: a atuação do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (parte I). **Revista Zona de Impacto**. Ano 15/1-2013 – janeiro/junho, págs. 4-32.

LOPES, Randiza Santis. Entre a atenção à saúde e a legalidade: a atuação do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (parte II). **Revista Zona de Impacto**. Ano 15/2-2013 – julho/dezembro, págs. 139-185.

LOPES, Randiza Santis. Família, crime e loucura: a construção da memória sobre o louco infrator a partir da narrativa dos familiares dos abrigados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho. **Dissertação de Mestrado – Programa de pós-Graduação em memória social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro/RJ, 2017.

LOWENKRON, Theodor S. É possível psicanálise breve? **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Vol. III, 4, p. 59-79, 2000.

MARAFANTI, I. et al. Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro. **Revista de Criminologia e Ciências Penitenciárias**, São Paulo, v. 3, n. 1, 2013.

MINAS GERAIS. Decreto nº 26.549, de 12 de fevereiro de 1987. **Cria o Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa**. www.almg.gov.br/consulte/legislação/completa/completa.html.

MINAS GERAIS. Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995. **Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências**. http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei_11802.pdf

MINAS GERAIS. Decreto nº 47.682, de 13 de julho de 2019. **Extingue o Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa, no Município de Juiz de Fora e dá outras providências**. *Jornal Minas Gerais*. Ano 127 – nº 136 – 90 págs., de 13 de julho de 2019.

MONTEIRO, Rodrigo Padrini. “O dom de ver atrás do morro”: a atividade de agentes de segurança penitenciários em um manicômio judiciário de Minas Gerais. **Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais**, Belo Horizonte/MG, 2018.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense: Civil e Penal**. Editora Atheneu: São Paulo/SP, 2003.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. 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**. vol. 3. nº 2, mai/ago. São Paulo/SP, 2017, p. 628-652.

REY, Fernando Gonzáles. **Subjetividade e Saúde: superando a clínica da patologia**. Cortez Editora: São Paulo/SP, 2011.

RIBEIRO, Patrícia Colombo. A Medida de Segurança de Internação no contexto do Estado Democrático de Direito. **Revista de Direito Público**. Londrina, v. 3, n. 3, p. 39-59, set/dez. 2008.

SAMPAIO, Jáder dos Reis. A ‘dinâmica de grupos’ de Bion e as organizações de trabalho. **Revista de Psicologia USP**. São Paulo. vol. 13, nº 2, 2002, p. 277-291.

SCHUBERT, Carlos Barbosa. Direito Penal e loucura. 2014. 38f. **Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Juiz de Fora**. Juiz de Fora/MG, 2014.

SILVA, Leandro Oliveira. Das medidas de segurança: uma reflexão sobre a sua natureza jurídica. **Especialização em Ciências Penais da Faculdade de Direito**. Juiz de Fora-MG. 2006.

VEIGA, Alessa Pagan. **A excepcionalidade da internação na medida de segurança**. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/40470/a-excepcionalidade-da-internacao-na-medida-de-seguranca>. Acesso em 14 de dezembro de 2019.