

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TALITA CRISTINA DA SILVA

DO ISOLAMENTO À REINSERÇÃO SOCIAL: O EXEMPLO TRAZIDO PELO  
ESTADO DE MINAS GERAIS NO TRATAMENTO DOS PORTADORES DE  
DOENÇA MENTAL ENVOLVIDOS EM INJUSTOS PENAS

CURITIBA

2015

TALITA CRISTINA DA SILVA

DO ISOLAMENTO À REINSERÇÃO SOCIAL: O EXEMPLO TRAZIDO PELO  
ESTADO DE MINAS GERAIS NO TRATAMENTO DOS PORTADORES DE  
DOENÇA MENTAL ENVOLVIDOS EM INJUSTOS PENAS

Trabalho apresentado como requisito parcial à obtenção  
do grau no curso de Direito, Setor de Ciências Jurídicas  
da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Dra. Priscilla Placha Sá.

CURITIBA

2015

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

TALITA CRISTINA DA SILVA

**DO ISOLAMENTO À REINSERÇÃO SOCIAL: O EXEMPLO TRAZIDO PELO ESTADO DE MINAS GERAIS NO TRATAMENTO DOS PORTADORES DE DOENÇA MENTAL ENVOLVIDOS EM INJUSTOS PENAS**

Trabalho apresentado como requisito parcial à obtenção do grau do curso de Direito, Setor de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

---

Profa. Dra. Priscilla Placha Sá.

Orientadora – Setor de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Paraná, UFPR.

---

Prof. Dr. André Ribeiro Giamberdino.

Setor de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Paraná, UFPR.

---

Profa. Renata Ceschin Melfi de Macedo

Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR.

Curitiba, 11 de dezembro de 2015

Ao meu pai e minha mãe. Fonte de inspiração e amor.

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho de monografia apenas foi possível se concretizar em razão da contribuição de diversas pessoas, que, ao longo dessa jornada, tornaram-na leve e satisfatória. O presente trabalho não é apenas o resultado de um esforço individual, mas sim a junção de experiências, conhecimentos e idéias trazidas pelo convívio com estas pessoas, entre as quais, agradeço, especialmente:

À Deus por me proteger, me guiar e por permitir a minha existência materializada neste planeta.

À minha família, em especial meu pai, Luiz Expedito da Silva, e minha mãe, Regina Irene da Silva, por este presente maravilhoso que é a vida.

Aos meus amigos Claudinei Szymczak e Sagriely Alves de Paula, com os quais vivenciei momentos indescritíveis de descontração, aprendizado, motivação e amizade. Obrigada, meus amigos, por estarem ao meu lado torcendo por mim e me incentivando não só profissionalmente, mas em todos os assuntos da Vida.

À minha querida amiga Bruna Carolina Rangel, de quase 10 anos de jornada, mais que amiga, uma irmã.

À minha amiga Milena Novak Aggio, companheira de estudo, pela amizade. Sou muito grata por tê-la presente em minha vida.

À minha orientadora Priscilla Placha Sá pelas suas correções e incentivos.

À todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, seja direta ou indiretamente.

“(...) Ao lado de uma sadia disciplina conserve, para consigo mesmo, uma imensa bondade. Você é filho do universo, irmão das estrelas e árvores, você merece estar aqui e, mesmo se você não possa perceber, a terra e o universo vão cumprindo o seu destino (...)”

(Desiderata – texto encontrado na velha Igreja de Saint Paul, Baltimore. MAX EHRMANN)

## RESUMO

A presente monografia tem como objetivo demonstrar os benefícios que a implantação de uma política de atenção integral traz aos portadores de transtornos mentais que cometem injustos penais. Para tanto, serão estudadas as Medidas de Segurança, atual tratamento destinados a esses indivíduos, bem como será apresentado a pesquisa da psicanalista Fernanda Otoni de Barros-Brisset e os resultados da implantação do programa PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator) em Minas Gerais. A fim de alcançar o magno objetivo desta monografia, serão apresentadas as definições e principais características das Medidas de Segurança. Ainda, será demonstrado, ao longo da presente monografia, que o tratamento de atenção integral aproxima-se de um tratamento humanizado e eficiente, ao contrário do que ocorre com as medidas de segurança, as quais, em razão da forma que é executada reforça o estereótipo de que somente a privação da liberdade do portador de doença mental poderá curá-lo ou proteger a sociedade da ocorrência de novos crimes.

**Palavras - chave:** Direito Penal. Medida de Segurança. Atenção integral. PAI-PJ.

## RESUMEN

Esta monografía tiene como objetivo demostrar los beneficios que la aplicación de una política de atención integral aporta a los pacientes con trastornos de mentes que cometen injusto penal. Para ello, se estudiarán las medidas de seguridad, el tratamiento actual para estos individuos, así como introducir el analista de investigación de Fernanda Ottoni de Barros-Brisset y los resultados de la ejecución del programa PAI-PJ (Programa de Atención Integral a Paciente Portador Judicial Delincuentes Sufrimiento Mental) en Minas Gerais. Con el fin de lograr el propósito de la botella doble de esta monografía, se presentarán las definiciones y las características principales de las medidas de seguridad. Aún así, se demostrará a lo largo de esta tesis, que el tratamiento de toda la atención acerca a un tratamiento humanizado y eficiente, al contrario de lo que ocurre con las medidas de seguridad, que, a causa de la forma en que se lleva a cabo refuerza estereotipo de que sólo la privación de libertad de los enfermos mentales puede curar o proteger a la sociedad de la ocurrencia de nuevos delitos.

**Palabras - clave:** Derecho Penal. Medida de seguridad. La atención integral. PAI-PJ.

## LISTA DE ABREVIATURAS E/ OU SIGLAS

CP – Código Penal

HCTPs – Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

PAI-LI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

ATPs – Alas de Tratamento Psiquiátricos

LEP – Lei de Execuções Penais

STJ – Superior Tribunal de Justiça

MTSM – Movimentos dos Trabalhadores em Saúde mental

CAPs – Centro de Apoio Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

TJ –MG – Tribunal de Justiça de Minas Gerais

AT – Acompanhamento Terapêutico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. HOLOCAUSTO BRASILEIRO: UM POSSÍVEL RETRATO DA HISTÓRIA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E DOS MANICÔMIOS NO BRASIL.....</b>	<b>14</b>
2.1 BREVES NOTAS ACERCA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA.....	14
2.1.1 Modalidades de Medidas de Segurança.....	16
2.1.2 A questão do prazo de duração das Medidas de Segurança.....	17
2.2 A HISTÓRIA DO HOSPÍCIO COLÔNIA EM BARBACENA E SUA REPETIÇÃO.....	20
2.3 ALGUMAS HISTÓRIAS DE PESSOAS QUE ESTIVERAM NO COLÔNIA.....	22
2.4 ALGUNS NÚMEROS DO COLÔNIA.....	27
2.5 PERMANÊNCIAS DO COLÔNIA DE BARBACENA: A CASA DOS MORTOS..	28
2.6 POSSÍVEIS CORRELAÇÕES ENTRE A HISTÓRIA DE BARBACENA E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA.....	30
<b>3. TENTATIVAS DE MUDANÇA DO TRATAMENTO DOS DOENTES MENTAIS SUJEITOS À MEDIDA DE SEGURANÇA .....</b>	<b>33</b>
3.1 CONTEXTO SOCIAL DOS ANOS 70 E 80 E A LEI ANTIMANICOMIAL.....	33
3.2 A INOVAÇÃO TRAZIDA PELO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL.....	38
<b>4. PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO .....</b>	<b>40</b>
4.1 BREVES NOVAS ACECA DE COMO INICIOU O PAI-PJ .....	40
4.2 IMPLANTAÇÕES DO PROGRAMA NO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS.....	43
4.3 FUNCIONAMENTOS DOPAI-PJ.....	45
4.4 OBJETIVOS DO PAI-PJ.....	49
4.5 RESULTADOS OBTIDOS NO PAI-PJ.....	51
4.6 A EXPERIENCIA GOIANIA DO PAI-LI (PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR) .....	53

4.7 A NECESSIDADE DE IMPLANTAR PROGRAMAS SEMELHANTES AO PAI-PJ E AO PAI-LI EM OUTROS ESTADOS BRASILEIROS.....	55
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>58</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>62</b>

## 1 INTRODUÇÃO.

Um portador de doença mental que comete injusto penal deve ser submetido a que tipo de tratamento? O tratamento de isolamento é uma medida digna e eficaz? O presente trabalho de monografia pretende percorrer essas e outras questões polêmicas acerca dos doentes mentais que cometem injustos penais, para isso, dividir-se-á em três capítulos.

O primeiro capítulo propõe-se delinear com absoluta brevidade a disposição legal acerca das medidas de segurança no que concerne ao seu fundamento, modalidades e prazo de duração, fatos que denunciam sua crise não atual.

O segundo capítulo destina-se a rememorar as atrocidades cometidas no maior hospício brasileiro. Para tanto, algumas histórias relatadas no livro “Holocausto Brasileiro: Vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil” escrito pela repórter Daniela Arbox, de forma sucinta, serão apresentadas.

As histórias rememoradas neste capítulo referem-se a sobreviventes e ex-funcionários do hospício de Barbacena. Salienta-se que tais histórias são impactantes, vez que são testemunhos de vítimas que sofreram “na pele”, das mais variadas formas, crueldades e atrocidades.

O maior hospício brasileiro vitimou cerca de 60 mil pessoas, sendo que a maioria dessas pessoas foi internada à força e, ainda, cerca de 70% não tinha diagnóstico de doença mental, portanto, nem deveriam estar naquele hospício.

Sendo assim, este capítulo se propõe, com base no livro da repórter Daniela Arbex, a rememorar algumas histórias dos sobreviventes e funcionários do hospício de Barbacena a fim de que seja demonstrado a que ponto o isolamento pode chegar.

O terceiro capítulo será destinado à análise das transformações ocorridas no tratamento do doente mental, em especial, daqueles que cometem injustos penais. Esse capítulo terá como cerne a análise do contexto social dos 70 no Brasil, bem como da lei 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

O terceiro e último capítulo será destinado à análise da pesquisa da psicanalista Fernanda Otoni de Barros-Brisset acerca da necessidade da

implantação de uma política de atenção integral ao “louco infrator”<sup>1</sup> que culminou com a implantação do programa PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator)<sup>2</sup> em Minas Gerais.

Esse capítulo termina demonstrando que os portadores de transtornos mentais que cometem injustos penais precisam ser tratados com medidas adequadas, ou seja, com medidas que visem à atenção integral a esses indivíduos e não com o isolamento, como ocorreu nas dependências do Hospício de Barbacena.

Portanto, a formulação deste trabalho justifica-se no fato de que o tema aqui tratado é de importância basilar para o direito penal, vez que, embora o Brasil seja um Estado Democrático de Direito, tendo a dignidade da pessoa humana como base principiológica, o isolamento reforça o estereótipo de que somente a privação da liberdade do portador de sofrimento mental, o qual é reconhecido como inimputável, poderá curá-lo, bem como, proteger a sociedade da ocorrência de novos injustos penais, quando que ao doente cabe cuidados e/ou tratamento dignos de atenção integral.

Salienta-se que observar o passado é aprender com a história, vez que é através da análise histórica que é possível reconhecer a necessidade de mudanças que precisam ser feitas no presente para que então, o futuro seja transformado. E é nessa linha a paradoxal diferença de tratamento entre o que ocorreu no Colônia, situado em Minas Gerais, e o programa de tratamento com olhar humanizado realizado a partir da proposta da psicanalista Fernanda Otoni.

---

<sup>1</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Belo Horizonte. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

<sup>2</sup> PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator). Disponível em: < [http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/) >. Acesso em 08 out. 2014, 14:00.

## 2. HOLOCAUSTO BRASILEIRO: UM POSSÍVEL RETRATO DA HISTÓRIA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E DOS MANICÔMIOS NO BRASIL.

### 2.1 BREVES NOTAS ACERCA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA.

No Brasil, os indivíduos, portadores de transtornos mentais que agem em desconformidade com a lei, ao serem julgados pelo poder judiciário podem ser considerados inimputáveis ou semi-imputáveis e, em razão da “periculosidade”, ficam submetidos às chamadas medidas de segurança, conforme prevê o artigo 97 do Código Penal Brasileiro<sup>3</sup>.

Segundo Juarez Cirino Santos, medida de segurança é um “instrumento de proteção social e terapia individual”<sup>4</sup>, a qual se fundamenta na “periculosidade” de indivíduos inimputáveis ou semi-imputáveis que cometem fatos considerados crimes e tem como objetivo a prevenção de novos delitos<sup>5</sup>.

As medidas de segurança, portanto, caracterizam-se por ser um procedimento jurídico, embora também com caráter médico, voltado para o futuro, tendo como fundamento a “periculosidade” do agente.<sup>6</sup>

A prática de ato delituoso é um pressuposto de aplicação das medidas de segurança e à periculosidade criminal do autor é o seu fundamento<sup>7</sup>. O pressuposto da prática de um injusto penal, segundo Busato, desempenha uma tripla função de garantia:

(...) em primeiro lugar, reforça o prognóstico de periculosidade, já que o sujeito demonstra sua capacidade criminal traduzida no injusto cometido; em segundo lugar, fortalece a vigência do princípio de legalidade, já que as medidas de segurança se aplicam somente quando concorram os requisitos estabelecidos em lei; finalmente, minimiza a função preventiva estatal em sua luta contra a criminalidade, em obediência a um princípio de intervenção mínima.<sup>8</sup>

<sup>3</sup> Artº 97: Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial (...)

<sup>4</sup> SANTOS, J. C. dos. **Direito Penal: parte geral**. 2 ed.rev e ampl. Curitiba: Lumen Juris ICPC. 2007.p. 639.

<sup>5</sup> SANTOS, J. C. dos. **Direito Penal: parte geral**. 2 ed.rev e ampl. Curitiba: Lumen Juris ICPC. 2007.p 639.

<sup>6</sup> BUSATO, P. C. **Direito Penal: parte geral**. 2.ed. São Paulo:Atlas, 2015, p. 849. 849.

<sup>7</sup> BUSATO, P. C. **Direito Penal: parte geral**. 2.ed. São Paulo:Atlas, 2015, p.853.

<sup>8</sup> BUSATO, P. C. **Direito Penal: parte geral**. 2.ed. São Paulo:Atlas, 2015, p.854.

O fundamento da periculosidade criminal pode ser decorrente tanto de presunção legal como de determinação judicial<sup>9</sup>. O Código Penal Brasileiro prevê, nos artigos 26 e 97, a periculosidade presumida; já nos artigos 26, parágrafo único, e 98, prevê a periculosidade real ou judicial.

Enquanto a periculosidade presumida destina-se aos inimputáveis, a periculosidade judicial destina-se aos semi-imputáveis<sup>10</sup>.

A análise do *caput* do artigo 26<sup>o</sup>, bem como do artigo 27<sup>o</sup> e do § 1<sup>o</sup> do inciso II do artigo 28<sup>o</sup>, todos do Código Penal Brasileiro<sup>11</sup>, determina que os inimputáveis são: portadores de doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, menores de 18 anos e os embriagados em razão de caso fortuito ou força maior.

Já o parágrafo único do artigo 26 e § 2 do inciso II do artigo 28, todos do Código Penal, considera que são causas de semi-imputabilidade: perturbação de saúde mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado e embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior.

Salienta-se que, seja presumida ou real, a periculosidade, segundo Bitencourt, é “um estado subjetivo mais ou menos duradouro de antissociabilidade”<sup>12</sup>, tendo por base a conduta antissocial e a anomalia psíquica do autor do fato.

Na presente pesquisa interessam os casos de inimputabilidade segundo o artigo 26 do Código Penal.

---

<sup>9</sup> SANTOS, J. C. dos. **Direito Penal: parte geral**. 2 ed.rev e ampl. Curitiba: Lumen Juris ICPC. 2007.p. 645.

<sup>10</sup> SANTOS, J. C. dos. **Direito Penal: parte geral**. 2 ed.rev e ampl. Curitiba: Lumen Juris ICPC. 2007.p. 646.

<sup>11</sup> **Inimputáveis**. Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (...)

**Menores de dezoito anos**. Art. 27- Os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial.

**Emoção e paixão**. Art. 28 - Não excluem a imputabilidade penal: (...) **Embriaguez**. II - a embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos. § 1<sup>o</sup> - É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (...)

<sup>12</sup> BITTENCOURT, C. R. **Tratado de Direito Penal, volume I: parte geral**. 17<sup>a</sup> ed. ver. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 840.

### 2.1.1 Modalidades de Medidas de Segurança.

O artigo 96 do Código Penal<sup>13</sup> prevê duas modalidades de medidas de segurança: a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), sendo que na falta deste, poderá ser realizada em outro estabelecimento adequado; e o tratamento ambulatorial que consiste em sujeição a tratamento clínico.

O artigo 97 do mesmo diploma legal estabelece uma regra, que determina que a modalidade da aplicação da medida de segurança depende da gravidade do ato praticado. Por exemplo, quando os inimputáveis cometerem delitos puníveis com detenção aplicar-se-á a medida de internação, já quando inimputáveis e semi-imputáveis praticarem delitos puníveis com detenção, estes estarão sujeitos a medida de tratamento ambulatorial.<sup>14</sup>

Enquanto a primeira modalidade tem caráter detentivo, em razão da privação de liberdade, a segunda modalidade tem caráter restritivo. Salienta-se que em razão da internação atingir a liberdade do sujeito, o artigo 4º da lei n. 10.216 de 2001, Lei Antimanicomial, assegura que a internação deve ser utilizada somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

A modalidade de internação será cumprida nos HCTPs, mas, na sua falta deste estabelecimento, o art. 101 da Lei de Execução Pena<sup>15</sup> autoriza que a internação seja realizada em outro local que tenha dependências médicas adequadas.

Corroborando esse entendimento, o artigo 99 do Código Penal<sup>16</sup> assegura que o internado será recolhido em estabelecimento dotado de características hospitalares para que possa receber tratamento médico-hospitalar.

Eis aí um problema, embora o Código Penal determine que todos os internados estejam recolhidos em estabelecimento hospitalares, grande parte dos Estados brasileiros não possuem HCTPs<sup>17</sup>.

---

<sup>13</sup> “Art. 96. As medidas de segurança são: I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial.”

<sup>14</sup> BUSATO, P. C. **Direito Penal: parte geral**. 2.ed. São Paulo:Atlas, 2015, p.862.

<sup>15</sup> “Art. 101. O tratamento ambulatorial, previsto no artigo 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada.”

<sup>16</sup> “Art. 99. O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.”

Ainda, salienta-se que, conforme Bitencourt, embora tenha ocorrido a reforma penal em 1984, alterando a nomenclatura de “manicômio judiciário” para Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, a realidade em nada foi alterada.

“Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico” não passa de uma expressão eufemística utilizada pelo legislador da Reforma penal de 1984 para definir o velho e deficiente manicômio judiciário, que no Rio Grande do Sul é chamado de Instituto Psiquiátrico Forense. Ocorre que, apesar da boa intenção do legislador, nenhum Estado brasileiro investiu na construção dos novos estabelecimentos.<sup>18</sup>

A realidade que ronda os lugares destinados ao cumprimento das medidas de segurança é o objeto dessa pesquisa, especial, e mirando o Hospital Colônia de Barbacena.

### 2.1.2 A questão do prazo de duração das Medidas de Segurança.

O artigo 97, § 1º do CP determina que o tempo mínimo de internamento ou de tratamento ambulatorial é de 1 a 3 anos e o tempo máximo o de cessação da periculosidade.

Estabelecer que as medidas de segurança perdurarão até a constatação, através de perícia, da cessação da periculosidade, tornaria as medidas de segurança, em alguns casos, perpétuas. Tal perpetuidade não encontra guarida na Constituição da República de 1988, vez que a continuidade indeterminada ofende os princípios da proporcionalidade e da igualdade, e, sobretudo, da legalidade.

Ademais, segundo Juarez Cirino dos Santos:

A duração indeterminada das medidas de segurança estacionárias, significa frequentemente, privação de liberdade perpétua de seres humanos, o que representa a violação da dignidade humana e lesão do princípio da proporcionalidade, porque não existe correlação possível entre perpetuidade da internação e a inconfiabilidade do prognóstico de periculosidade criminal do exame psiquiátrico.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN- Junho de 014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf> (ver especialmente, p. 26 e 27). Acesso em: 09 dez. 2015.

<sup>18</sup> BITENCOURT, C. R. **Tratado de Direito Penal: parte geral 1**. 17ª ed. ver e ampl. São Paulo: Editora Saraiva. 2012. P. 841.

<sup>19</sup> SANTOS, J. C. dos. **Direito Penal: parte geral**. 2 ed.rev e ampl. Curitiba: Lumen Juris ICPC. 2007.p. 651.

Diante da inadmissibilidade do cerceamento da liberdade dos indivíduos por tempo indeterminado, o Supremo Tribunal Federal, em Recurso extraordinário de nº 628646 DF<sup>20</sup>, já em 2010, decidiu que o tempo máximo que um indivíduo pode ser submetido à medida de segurança seja de 30 anos, sendo que o tempo de cumprimento de tais medidas deve ser limitado ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito cometido.

No mesmo sentido, a Terceira Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ), em 18/05/2015, aprovou a Súmula 527, que estabelece que: “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.”

Segundo o Superior Tribunal de Justiça, o art. 97, § 1.º, do Código Penal, deve ser interpretado em consonância com os princípios da isonomia, proporcionalidade e razoabilidade.<sup>21</sup>

Fato é que a medida de segurança, seja ambulatorial ou de internação, está em crise, tanto em seus pressupostos como em seus fundamentos. A medida de

---

<sup>20</sup> STF - RE: 628646 DF, Relator: Min. CÁRMEN LÚCIA, Data de Julgamento: 26/08/2010, Data de Publicação: DJe-166 DIVULG 06/09/2010 PUBLIC 08/09/2010. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=3936410>. Acesso em 09 de dez. 2015.

<sup>21</sup> “HABEAS CORPUS NÃO CONHECIDO. DECRETO N.º 7.648/2011. VERIFICAÇÃO DE INCIDÊNCIA. NECESSIDADE. VEDAÇÃO CONSTITUCIONAL DE PENAS PERPÉTUAS. LIMITAÇÃO DO TEMPO DE CUMPRIMENTO AO MÁXIMO DA PENA ABSTRATAMENTE COMINADA. ORDEM CONCEDIDA, DE OFÍCIO, PARA DETERMINAR O RETORNO DOS AUTOS AO JUÍZO DAS EXECUÇÕES. 1. Na hipótese, o Tribunal de origem, após exame do conjunto fático-probatório dos autos, concluiu pela necessidade de prorrogação da internação do Paciente em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, por não restar evidenciada a cessação de sua periculosidade, embora tenham os peritos opinado pela desinternação condicional do Paciente. Assim, para se entender de modo diverso, de modo a determinar que o Paciente seja submetido a tratamento em Hospital Psiquiátrico Comum da Rede Pública, e não em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, seria inevitável a reapreciação da matéria fático-probatória, sendo imprópria sua análise na via do habeas corpus. 2. Por outro lado, nos termos do atual posicionamento desta Corte, o art. 97, § 1.º, do Código Penal, deve ser interpretado em consonância com os princípios da isonomia, proporcionalidade e razoabilidade. Assim, o tempo de cumprimento da medida de segurança, na modalidade internação ou tratamento ambulatorial, deve ser limitado ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito perpetrado e não pode ser superior a 30 (trinta) anos. 3. Além disso, o art. 1.º, inciso XI, do Decreto n.º 7.648/2011, concede indulto às pessoas, nacionais e estrangeiras "submetidas a medida de segurança, independentemente da cessação da periculosidade que, até 25 de dezembro de 2011, tenham suportado privação de liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada ou, nos casos de substituição prevista no art. 183 da Lei de Execução Penal, por período igual ao tempo da condenação". 4. Habeas corpus não conhecido. Writ concedido, de ofício, para determinar que o Juízo das Execuções analise a situação do Paciente, à luz do que dispõe o art. 1.º, inciso XI, do Decreto n.º 7.648/2011. (STJ - HC: 208336 SP 2011/0125054-5, Relator: Ministra LAURITA VAZ, Data de Julgamento: 20/03/2012, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJe 29/03/2012).

segurança não é um instituto sólido e, muito menos, alcança ao objetivo a que se propõe.

Os fundamentos metodológicos da previsão da ocorrência de novos injustos penais em razão da periculosidade do agente e a eficácia de que as medidas de segurança evitam a prática de novos delitos não possuem credibilidade.

A crise das Medidas de Segurança decorre da inconsistência desses fundamentos: primeiro, nenhum método científico permite prever o comportamento futuro de ninguém; segundo, a capacidade da medida de segurança para transformar condutas anti-sociais de inimizáveis em condutas ajustadas de imputáveis não está demonstrada.<sup>22</sup>

Fato é que é inconsistente afirmar que os inimputáveis e semi-imputáveis, em razão da periculosidade, irão reincidir na prática delituosa. É ingênua a confiança dos operadores jurídicos na capacidade da psiquiatria em prever comportamentos futuros. Ainda não foi comprovado cientificamente que a psiquiatria possa realizar um exame de futurologia e prever o comportamento das pessoas<sup>23</sup>.

Historicamente, a medida de segurança, em razão de não fornecer um tratamento digno, revela-se, na verdade, como uma forma de neutralizar e retirar de circulação aqueles indivíduos considerados indesejáveis. É essa a realidade que não se constitui como algo novo, ela tem acompanhado as Medidas de Seguranças como se vê na definição de Daniela Arbex no livro denominado “Holocausto Brasileiro: Vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil” ao relatar o ocorrido no Hospital Colônia de Barbacena, como também apresentado no documentário “Em nome da razão”<sup>24</sup>, bem como pelo documentário “A casa dos mortos” de Débora Diniz<sup>25</sup>.

Talvez aí esteja uma função não declarada das Medidas de Segurança que é segregar “por tempo indeterminado” tais pessoas indesejáveis.

---

<sup>22</sup> SANTOS, J. C. **Direito penal: parte geral**. 2ª. ed. rev. e ampl. Curitiba: Lumem Juris, 2007. p. 640.

<sup>23</sup> BUSATO, P. C. **Direito Penal: parte geral**. 2.ed. São Paulo:Atlas, 2015, p.853.

<sup>24</sup> RATTON, H. Documentário “**Em nome da razão**”. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Em\\_Nome\\_da\\_Razao\\_1/95](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Em_Nome_da_Razao_1/95). Acesso em 09 de dez. de 2015.

<sup>25</sup> Débora D. Filme “**A casa dos mortos**”. Disponível em: <http://www.acasadosmortos.org.br/#>. Acesso em 09 de dez. 2015.

## 2.2 A HISTÓRIA DO HOSPÍCIO COLÔNIA EM BARBACENA E SUA REPETIÇÃO.

Ô seu Manoel, tenha compaixão  
 Tira nós tudo dessa prisão  
 Estamos todos de azulão  
 Lavando o pátio de pé no chão  
 Lá vem a bóia do pessoal  
 Arroz cru e feijão sem sal  
 E mais atrás vem o macarrão  
 Parece cola de colar balão  
 Depois vem a sobremesa  
 Banana podre em cima da mesa  
 E logo atrás vem as funcionarias  
 Que são as putas mais ordinárias<sup>26</sup>

O hospício de Barbacena foi uma instituição psiquiátrica que marcou a história brasileira. Guardada as devidas proporções, pode-se afirmar que o holocausto brasileiro ocorrido em Barbacena é um possível retrato da história das medidas de segurança e dos manicômios judiciários no Brasil. Tal hospício foi inaugurado em 1903 na cidade de Barbacena em Minas Gerais, era composto por inúmeros pavilhões independentes, os quais se dividiam em departamentos.

Entre 1903 e 1980, tempo em que funcionou o hospício de Barbacena, o Estado de Minas Gerais foi governado por 28 pessoas, bem como o hospício foi dirigido por 10 diretores<sup>27</sup>. Alguns diretores comandaram o hospício por mais de 20 anos e outros ficaram pouco tempo no comando.

Segundo José Theobaldo Tollendal, diretor do Hospital Colônia entre os anos de 1969 e 1983, em entrevista à Hiram Firmino<sup>28</sup>, a escolha da cidade de Barbacena para a implantação do hospital foi, primordialmente, uma questão meramente política, ou seja, bem longe de ser uma questão médica/terapêutica.

O Hospital foi criado utilizando as dependências do antigo sanatório para tratamento de pacientes com tuberculose, fundado em 1870 e localizada no alto do Morro da Caveira.

Embora alguns pacientes do hospício, em razão de algum transtorno mental, precisassem de medidas de internamento, a maioria dos internos do Colônia nem ao

<sup>26</sup> De autoria da interna Sueli Aparecida Rezende, paciente do Hospital Colônia de Barbacena desde os 10 anos de idade e falecida em 2006. Retirado na íntegra do documentário “Em nome da Razão”, de HELVÉCIO RATTON.

<sup>27</sup> ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013. p. 39

<sup>28</sup> FIRMINO, H. **Os porões da Loucura**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Codecri, 1982. P. 56.

menos mereciam estar trancados naquela instituição, vez que não possuíam nenhuma doença mental que justificasse seu internamento.

Cerca de 70% dos acolhidos no Colônia não apresentavam nenhum sintoma de transtorno mental. Ou seja, a grande maioria dos internos eram os chamados “indesejados”.

A maioria dos internos era composta por: homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, prostitutas, meninas grávidas de seus patrões que as violentavam, esposas confinadas a mando de seus maridos para que estes pudessem morar com a amante, mulheres que perderam a virgindade antes do casamento, crianças, e pessoas sem documentos.

Colônia iniciou sua história de extermínio em 1930, embora desde 1914 já houvesse registros das péssimas condições do hospício. Entretanto, a partir de 1930 a situação do hospício piorou. O problema da superlotação começou a surgir, por exemplo, em 1935, após cinco anos do início da superlotação, o Colônia, abismadamente, possuía em torno de cinco mil pacientes, sendo que o projeto inicial era de apenas 200 pessoas.<sup>29</sup>

A fim de memorizar o genocídio ocorrido em Barbacena, à repórter Daniela Arbex, no livro “Holocausto Brasileiro: Vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil”, resgata uma parte dessa história esquecida<sup>30</sup>.

A repórter, em seu livro, dá voz aqueles que, por muito tempo, não a possuíam, permitindo que a história do maior genocídio cometido no Brasil fosse revelada.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Para outros dados sobre o Colônia, conferir: PEREIRA, Lucimar. **Histórico do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena.** Disponível em: [http://www.museudapsiquiatria.org.br/predios\\_famosos/exibir/?id=1](http://www.museudapsiquiatria.org.br/predios_famosos/exibir/?id=1). Acesso em: 09 dez. 2015.

<sup>30</sup> As histórias relatadas no livro “Holocausto Brasileiro” podem ser colhidas também no documentário “Em nome da razão” que foi realizado por Helvécio Rattón (Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Em\\_Nome\\_da\\_Razao\\_1/95.](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Em_Nome_da_Razao_1/95.)); em período similar, no documentário sobre o Colônia Juliano Moreira: 80 anos: história, política e loucura (Disponível em: <http://coolplay.tk/watch/lfthcmFmv6E>) e, mais recentemente, no documentário produzido por Débora Diniz sobre o Hospital Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador. Tanto no documentário de Helvécio Rattón quanto no documentário de Débora Diniz é possível perceber que há uma tentativa de prestigiar que os internos pudessem narrar sua própria história. No último em particular, é um interno que faz a poesia que é contada durante o documentário.

<sup>31</sup> Acerca da importância do trabalho feito por Daniela Arbex: PERON, Paula Regina. *A trágica história do Hospital Psiquiátrico Colônia.* Psic. Rev. São Paulo, volume 22, n.2, 261-267, 2013. Revista Eletrônica. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/17993-45259-1-SM.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2015.

### 2.3 ALGUMAS HISTÓRIAS DE PESSOAS QUE ESTIVERAM NO COLÔNIA.

Segundo Daniela Arbex, durante a existência do maior hospício brasileiro, mais de 60 mil pessoas morreram, sendo que a maioria dessas pessoas foi internada a força e, ainda, cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental, portanto, nem deveriam estar naquele hospício<sup>32</sup>.

Na atualidade, o fenômeno se repete, entretanto, o perfil que transita pelos manicômios e hospitais psiquiátricos é agora associado com a questão das drogas:

(...) Negros, brancos, mulatos, quase sempre sexagenários, vindos dos extratos mais baixos da população, muitos desses internos são parte de uma página em vias de fazer parte do passado na história dos manicômios brasileiros, para dar lugar a uma nova geração, que começa a ocupar tristemente seu lugar nos hospitais, em decorrência de outro fenômeno urbano, de proporções cada vez mais alarmantes: a droga.<sup>33</sup>

A primeira história relatada no livro é da funcionária Marlene Laureano, a qual, após passar em um concurso público, iniciou suas atividades no Hospício de Barbacena. Marlene era responsável por recolher o capim que os internos utilizavam para formar suas camas e colocá-lo no sol para secar, bem como tinha a função de limpar algumas alas do hospício.

Marlene não entendia como os funcionários daquela instituição poderiam tratar tão mal aqueles internos. Todos os dias a funcionária se questionava se continuaria trabalhando no hospício, vez que, embora fosse seu sonho conquistar um emprego público e adquirir estabilidade, não conseguiria presenciar tamanho desrespeito ao ser humano.

Salienta-se que em 1935, o chefe do Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica de Minas Gerais sugeriu, oficialmente, que as camas dos internos fossem substituídas por capim. Tal recomendação foi em razão da superlotação do hospício, vez que, neste ano, o Hospício de Barbacena comportava 5 mil pacientes, sendo que foi projetado para 200, e para amenizar tal situação, economizando espaço nos pavilhões substituiu as camas pelo capim.

<sup>32</sup> ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013. p. 13.

<sup>33</sup> AMORIM, D. et al. **Histórias da Loucura**. Série: Casos de Loucura. Disponível em: <http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Sa%C3%BAde%20Mental/CASOS%20DE%20LOUCURA.pdf>. (p. 9).

O Hospício, embora fosse considerado um hospital, possuía uma quantidade ínfima de médicos. Até 1950, o hospital não contava com médicos psiquiátricos e clínicos em seu quadro de profissionais.<sup>34</sup>

Outra história impactante relatada no livro é do ex-interno Antônio Gomes da Silva. Antônio foi encaminhado ao hospício aos vinte e cinco anos de idade e, atualmente, passados mais de 40 anos do dia em que foi internado, não se lembra da razão pela qual foi mandado para o Colônia.

Não sei por que me prenderam. Cada um fala uma coisa. Mas, depois que perdi meu emprego, tudo se descontrolou. Da cadeia, me mandaram para o hospital, onde eu ficava pelado, embora houvesse muita roupa na lavanderia. Vinha tudo em um caminhão, mas acho que eles queriam economizar. No começo, incomodava ficar nu, mas com o tempo a gente se acostumava. Se existe inferno, o Colônia era esse lugar<sup>35</sup>

Antônio permaneceu isolado no hospital por quase meio século. Durante seu internamento permaneceu quase a totalidade do tempo calado, tanto é que os funcionários do hospício consideravam-o mudo.

Ficou tanto tempo longe do convívio social que em 2003 quando, finalmente, recebeu sua liberdade, Antônio não conseguia compreender as situações simples do cotidiano. Por exemplo, Antônio não imaginava que ele tinha a autonomia de clarear e escurecer uma sala apenas com um clicar no interruptor.

Antonio é o exemplo de que instituições com características asilares apenas retiram dos indivíduos o que de mais precioso há em cada pessoa: o auto-reconhecimento de que cada indivíduo é dono do seu próprio destino.

Normalmente, os pacientes chegavam ao hospício por meio de trens. A estação ferroviária Bias Fortes, localizada no encosto do Morro da Caveira, muitas vezes, era a última parada daqueles que estavam condenados a ficarem isolados no hospício de Barbacena. É desse contexto que surge a expressão “trem do doido”<sup>36</sup>, criada pelo escritor Guimarães Rosa.

---

<sup>34</sup> Essa insuficiência, no entanto, não ficou emparedada na história do Colônia. Nesse sentido é de conferir os dados disponíveis no último censo penitenciário divulgado pelo Ministério da Justiça recentemente, no que concerne, à local para cumprimento de medida de segurança e a presença de profissionais da psicologia e da psiquiatria, seja em estabelecimentos para pessoas imputáveis ou inimputáveis. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopenesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf> (ver especialmente, p. 27; 75). Acesso em: 09 dez. 2015.

<sup>35</sup> Relato do paciente Antonio Gomes da Silva para jornalista Daniela Arbex no livro “Holocausto Brasileiro”: ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013.p.30

<sup>36</sup> ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013. p. 25

Guimarães Rosa, além de criar a expressão acima destacada, reforçando a ideia de que Barbacena era a “Cidade dos Loucos”<sup>37</sup>, utilizou-se do simbolismo da loucura em seus contos. No conto “Sorôco, sua mãe, sua filha”, o escritor resgata a ideia dos trens que chagavam carregados de pessoas a Barbacena, todos em busca de “tratamento psiquiátrico”.

Os recém chegados no hospício deparavam-se com uma estrutura física que, segundo a historiadora Mary Barros, era idêntica a uma prisão:

O hospital era composto por dezesseis pavilhões, com enfermarias, refeitórios, celas e pátios cimentados. Cercado por altos muros era semelhante a uma prisão. De certa forma, este tipo de estabelecimento asilar era condizente com a cultura social da época de sua construção, que considerava os que se internavam ali como pacientes incuráveis que poderiam transmitir a loucura hereditariamente. O indivíduo era tratado como alguém muito agressivo, perigoso e inadaptável ao convívio familiar, o que explicava sua segregação e reclusão.<sup>38</sup>

Após a chegada no hospício, os internos eram submetidos ao um banho coletivo, muitas vezes com água fria, recebendo, logo em seguida ao banho, o uniforme conhecido pelos internos como “azulão”. “Padronizado e violado em sua intimidade, seguia cada um para o seu setor”.<sup>39</sup>

A partir desse momento a rotina do hospício começava. Os funcionários acordavam todo dia os internos às 5 horas da manhã, vez que precisavam entregar limpo os pavilhões ao próximo plantão que começava às 7 horas<sup>40</sup>. Os internos ficavam, todo dia, às 5 horas da manhã no pátio, houvesse o frio que fosse.<sup>41</sup>

Diante do frio cortante da madrugada, os internos ajudam um ao outro, pois agrupavam em uma roda, sendo que os de dentro da roda, mais protegidos do frio, revezavam com os de fora da roda. Tal atitude releva que mesmo naquela situação de desumanidade, aqueles considerados loucos eram quem compreendiam o

---

<sup>37</sup> ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013. p. 39.

<sup>38</sup> BARROS E SILVA, M.C. **Repensando os Porões da Loucura. Um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena**. Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de História da Universidade Federal de Minas Gerais em 2008. p. 35. Apud VANESSA, B. F. “O processo de reforma psiquiátrica no município de Barbacena - MG no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da “Cidade dos Loucos””. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. p. 39. Disponível em: [http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/2476/1/ENSP\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Fassheber\\_Vanessa\\_Barreto.pdf](http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/2476/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Fassheber_Vanessa_Barreto.pdf). Acesso em 09 de dez. 2015.

<sup>39</sup> ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013. p. 26.

<sup>40</sup> Outros relatos podem ser conferidos em: AMORIM, D. et al. **Histórias da Loucura**. Série: Casos de Loucura. Disponível em: <http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Sa%C3%BAde%20Mental/CASOS%20DE%20LOUCURA.pdf> (p. 51 e ss.)

<sup>41</sup> ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013. p. 43

sentimento da solidariedade e, portanto, eram quem mais se aproximavam da sanidade.

Os internos, mesmo em meio ao esquecimento da família e das autoridades, ensinavam o que era solidariedade e amor ao próximo. Sônia Maria da Costa, interna do hospício por mais de quarenta anos, foi um grande exemplo dessa solidariedade. A interna foi apelidada de tutora do grupo, vez que sempre que era possível ajuda as outras internas nas crises.

Terezinha, outra ex-interna do hospício, sentia o carinho da amiga. Sônia cuidava de Terezinha, especialmente, quando esta tinha crises de otite. Sonia, sabendo que o hospício não tinha remédios para amenizar as dores da amiga, aquecia pedaços de cobertor no pátio e colocava-o sobre o ouvido de Terezinha, tal gesto repetia-se até que Terezinha dormisse.

Sônia em entrevista a repórter:

Todo dia eu rezava para ela não ter crises, tadinha. Tinha muita pena, porque não era esperta como eu e não tinha ninguém para cuidar dela e não tinha ninguém para cuidar dela. Não podia deixar que judiassem dela.<sup>42</sup>

Sônia, órfã de pai e mãe, além de cuidar dos outros pacientes, compreendia que aquela instituição cometia atrocidades e por isso, muitas vezes, não aceitava as imposições dos funcionários. Ela, assim como outros internos que “não se enquadravam as regras” sofriam castigos desumanos.

Sônia foi vítima de: agressões físicas, choques, ficou trancada em uma cela úmida sem cobertor, tomou injeções de “entorta”, foi deixada sem água, obrigando-a tomar sua própria urina, e, ainda, foi obrigada a tomar banho em banheira infestada com fezes.

Durante os anos de funcionamento do Hospício de Barbacena, aproximadamente trinta bebês foram roubados de suas mães. Algumas mães, na tentativa de proteger a gravidez, inclusive Sônia, passavam fezes em suas barrigas, pois sabia que assim nenhum funcionário teria coragem de encostar sem suas barrigas e fazer algum mal para seus filhos.

Sueli Aparecida Rezende teve sua filha retirada de seus braços. Sua filha, Débora Aparecida Soares, sempre desconfiou que a mulher que dizia ser a sua mãe, na verdade não era. Por isso, passou alguns anos de sua vida com essa

---

<sup>42</sup> ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013. p. 41

dúvida, até que um dia, após insistir que sua suposta mãe revelasse a verdade, descobriu que era filha de uma interna de Barbacena.

Logo após soubera que sua mãe verdadeira era uma interna de Barbacena foi até o hospício para reencontrá-la e matar as saudades. Entretanto, infelizmente, o reencontro não pode ser realizado, vez que Sueli havia falecido fazia um ano.

A história de Sueli no Colônia é intrigante e tão impactante como a dos outros internos. Sueli, com intuito de impedir que sofresse agressões dos funcionários, passou uma semana escondida no porão do hospício.

Sueli também foi à autora da letra da música que abre esse capítulo. Ou seja, ela realiza uma clara crítica ao modelo manicomial e ao tratamento de isolamento que os internos estavam submetidos no hospício de Barbacena.

Geraldo Magela Franco, ex-funcionário, trabalhou por cerca de vinte e nove anos no hospital. Ele vivenciou inúmeras sessões de eletro-choque nos pacientes. Segundo o aposentado, “o tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidação”<sup>43</sup>.

O aposentado revela a repórter que os eletro-choque tinham a função de conter os internos, portanto, eram dados indiscriminadamente, por pessoas despreparadas. As descargas elétricas eram tão fortes que por, muitas vezes, as sessões de eletro-choque causava a queda da energia elétrica na cidade.

A coisa era muito pior do que parece. Havia um total desinteresse pela sorte. Basta dizer que os eletrochoques eram dados indiscretamente, às vezes, a energia elétrica da cidade não era suficiente para agüentar a carga. Muitos morriam, outros sofriam faturas graves.<sup>44</sup>

Francisca Moreira dos Reis, funcionária da cozinha do hospital passou por uma situação dramática em 1979. Chiquinha, como era conhecida, foi escolhida juntamente com outras 20 funcionárias para realizarem uma sessão de choque em pacientes escolhidos aleatoriamente para o exercício.

Chiquinha, antes de chegar sua vez, preferiu presenciar suas colegas realizarem o eletro-choque naqueles pobres coitados que nem sabiam o porquê estavam naquela sala. Suas colegas realizaram o ritual e depois de efetuarem a

---

<sup>43</sup> ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013. p. 31.

<sup>44</sup> Entrevista do aposentado Geraldo Magela Franco para Daniela Arbex no livro “Holocausto Brasileiro”: ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013. P. 32

descarga elétrica na fonte dos pacientes, estes morreram. Chiquinha não suportou aquela situação e saiu correndo gritando “Não quero mais fazer esse curso”<sup>45</sup>

Chiquinha, foi uma das principais testemunhas das atrocidades ocorridas no Colônia. Ela presenciou algumas sessões de choques, como contadas acima, como também conviveu com muitos internos e presenciou de perto as crueldades que tais pessoas ficavam submetidos daquela instituição.

Chiquinha admite à repórter que se lamenta de não ter feito nada antes:

Eu não sabia o tamanho da tragédia. Hoje sei e me arrependo de não ter dado o grito mais cedo. Acho que eu podia ter evitado alguma morte. Quantas? Muitas talvez.<sup>46</sup>

## 2.4 ALGUNS NÚMEROS DO COLÔNIA.

Daniela Arbex afirma que segundo registros do hospital, o Colônia, nos períodos de maior lotação, seja por fome, doença ou maus-tratos, ocasionava dezesseis mortes por dia. As mais de 60 mil pessoas mortas no holocausto brasileira estão enterrados no Cemitério da Paz em Barbacena. Nem depois da morte, os internos do hospício tiveram seus direitos respeitados, vez que, atualmente, esse cemitério está abandonado.

A repórter relata em seu livro que entre 1969 e 1980, o Colônia vendeu cerca de 1850 cadáveres a 17 faculdades de medicina do país. Salienta-se que quando havia excesso de cadáveres, os corpos eram decompostos em ácido na frente dos outros internos para que a ossada pudesse ser comercializada.

Fato é que o Colônia, além das inúmeras atrocidades cometidas aos internos enquanto estavam vivos, estes, ainda, sofreram após sua morte. Os corpos dos internos que viam a falecer em razão das péssimas condições que estavam submetidos eram tratados como objeto de comercio, sem o mínimo de respeito e dignidade.

Além de receber adultos, o hospício de Barbacena também recebia crianças. Quando o hospital de neuropsiquiatria infantil em \oliveira foi fechado, as 33 crianças que ali estavam foram transferidas para o hospício de Barbacena. Em Barbacena, as

---

<sup>45</sup> ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013. p. 34

<sup>46</sup> ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013. p. 38

crianças viveram barbaridades. Compartilhavam a mesma situação degradante que os adultos estavam submetidos, ou seja, sofriam choques, agressões e todas as outras formas de castigos que os adultos recebiam. Salienta-se que, à época do livro, das trinta e três crianças, sobrevivem apenas seis.

Essas são algumas das histórias relatadas pelo repórter Daniela Arbex em seu livro “Holocausto brasileiro”. Fato é que Daniela Arbex, ao investigar cada história de cada sobrevivente, devolve a estes seus nomes, suas histórias e identidades.

Atualmente, 160 sobreviventes do holocausto estão ocupando 28 residências terapêuticas existentes em Barbacena. Sônia e Terezinha, amigas inseparáveis moram juntas em uma dessas residências.

Após a denúncia dos maus-tratos, o hospício foi transformado em Centro Hospital Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), tendo, atualmente, aproximadamente, 177 pacientes sob sua guarda.<sup>47</sup>

Embora as atrocidades acima relatadas não ocorram mais no hospício de Barbacena, pode-se afirmar que, em outras instituições psiquiátricas, outros abusos são praticados diariamente.<sup>48</sup>

## 2.5 PERMANÊNCIAS DO COLÔNIA DE BARBACENA: A CASA DOS MORTOS.

O documentário “A casa dos Mortos”<sup>49</sup> dirigido pela antropóloga e escritora Débora Diniz, mostra um pouco das condições estruturais do manicômio judiciário de Salvador, bem como demonstra o que as medidas de segurança representam aos internos.

---

<sup>47</sup> Outras informações podem ser conferidas em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/en/atendimento-hospitalar/complexo-de-saude-mental/centro-hospitalar-psiquiatrico-de-barbacena>. Acesso em: 09 dez. 2015.

<sup>48</sup> O sistema manicomial sempre recebeu críticas, seja por juristas, médicos ou literários. O escritor Machado de Assis, denunciou, principalmente através do livro *O Alienista*, no final do século XIX, a lógica da exclusão pertinentes aos hospícios brasileiros. O escritor Lima Barreto, no mesmo sentido de Machado de Assis, entretanto no início do século XX, em razão da sua experiência de interno em Cemitério dos Vivos, dirigiu inúmeras críticas ao sistema asilar.

<sup>49</sup> Débora D. Filme “**A casa dos mortos**”. Disponível em: <http://www.acasadosmortos.org.br/#>. Acesso em 09 de dez. 2015.

As cenas do documentário revelam que, seja em Barbacena na década de 80 ou na Bahia em 2009, as internações, na verdade, são formas de abandono social. Os internos do manicômio de Salvador, assim como ocorreu em Barbacena, foram esquecidos, tanto pelo poder judiciário que já poderiam ter libertado-os, vez que já cumpriram o tempo de medida de segurança determinado, como também pelos familiares.<sup>50</sup>

O documentário é dividido em três cenas que, na verdade, são os três caminhos possíveis ao interno dentro de um manicômio judiciário: o suicídio, a quantidade interminável de internações e a permanência perpétua no manicômio.

Aos internos de uma instituição psiquiátrica, em razão do abandono a qual estão submetidos, resta-lhes o suicídio, vez que por não agüentarem a situação de desrespeito e desamparo em que se encontram, preferem a morte a continuarem vivendo em tais instituições.

Ainda, outro caminho possível são as intermináveis vezes que serão internados na mesma instituição, vez que, em razão da inexistência de tratamento médico/terapêutico, os internos voltam a praticarem injustos penais e, assim, voltam a serem internados na mesma instituição.

Por fim, o documentário, demonstra que, embora a prisão perpétua seja proibida em nosso país, muito internos esquecidos pelo poder judiciário, permanecem internados até o fim de suas vidas, mesmo já tendo completado o tempo de determinado para cumprimento de sua medida de segurança.

Fato é que durante quase cem anos o hospício permaneceu cometendo atrocidades! Ou seja, as autoridades, os dirigentes e funcionários do hospício e até mesmo a própria sociedade nada fizeram para cessarem os abusos cometidos daquela instituição. Tampouco, para o que ainda ocorre.

As permanências deixadas pelo holocausto ocorrido no hospício de Barbacena, seja pelos relatos dos ex-internos ou dos ex-funcionários, é a necessidade de alterar a forma de tratamento destinado aos portadores de doença mental. Estes merecem ser tratados dignamente, ou seja, é necessário que recebam tratamentos que visem a inserção social e não o isolamento.

---

<sup>50</sup> Débora D. Filme “**A casa dos mortos**”. Disponível em: <http://www.acasadosmortos.org.br/#>. Acesso em 09 de dez. 2015.

## 2.6 POSSÍVEIS CORRELAÇÕES ENTRE A HISTÓRIA DE BARBACENA E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA.

(...) ele se reproduz em vários outros lugares, as vezes com pequenas diferença e nomes sofisticados. Devemos compreendê-lo como uma instituição que cumpre um papel determinado em nossa sociedade. O hospital psiquiátrico funciona como um depósito, para cá vem os improdutivos de uma maneira geral, os inadaptados, os indesejáveis e os desafetos. Todos aqueles que um por ou outro caminho se desviam daquilo que chamamos normalidade. Através do hospício a sociedade exclui os que não se adaptam a um sistema baseado na competição.<sup>51</sup>

Assim como bem relatado no documentário “Em nome da razão”, o que foi reproduzido no hospício de Barbacena não é uma realidade isolada, sendo, portanto, reproduzido em outras instituições para tratamento de doentes mentais como, por exemplo, nos manicômios judiciários.

Manicômios judiciários ou, como ficou conhecido após a reforma de 1984, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, são locais onde os inimputáveis que cometem injustos penais cumprem as chamadas medidas de segurança.

Os manicômios judiciários, assim como os hospícios, foram criados com o intuito de “livrar” a sociedade daqueles indivíduos considerados indesejáveis, ou seja, recebiam, principalmente, loucos, leprosos, prostitutas, desempregados, ladrões e adversários políticos.<sup>52</sup>

As medidas de segurança quando aplicadas à modalidade de internação, precisam ser cumpridas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou, na falta destes, em locais apropriados, como já ressaltado no Capítulo 1.

Eis aí um problema, embora essa seja uma determinação legal, grande parte dos Estados brasileiros não possui estabelecimentos adequados para tratamento de portadores de deficiência mental que cometeram injustos penais.

Salienta-se que o artigo 99 do Código Penal consagra como direito do internado ser recolhido em estabelecimento dotado de características hospitalares.<sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> Trecho passado no documentário “Em nome da razão” produzido pelo diretor Helvécio Ratton. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Em\\_Nome\\_da\\_Razao\\_1/95](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Em_Nome_da_Razao_1/95). Acesso em 09 de dez. de 2015.

<sup>52</sup> GALVÃO, F. **Direito Penal: parte geral**. 5 ed. ver, atual e ampl. São Paulo: Saraiva. 2013.p. 900

<sup>53</sup> Direitos do internado. Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.

Ademais, o Superior Tribunal de Justiça, em decisão recente, posicionou-se no sentido de que é proibido manter inimputáveis que estão sob medida de segurança em estabelecimentos prisionais.

DIREITO PENAL. ILEGALIDADE NA MANUTENÇÃO DE INIMPUTÁVEL EM ESTABELECIMENTO PRISIONAL. É ilegal a manutenção da prisão de acusado que vem a receber medida de segurança de internação ao final do processo, ainda que se alegue ausência de vagas em estabelecimentos hospitalares adequados à realização do tratamento. Com efeito, o inimputável não pode, em nenhuma hipótese, ser responsabilizado pela falta de manutenção de estabelecimentos adequados ao cumprimento da medida de segurança, por ser essa responsabilidade do Estado. Precedentes citados: HC 81.959-MG, Sexta Turma, DJ 25/2/2008; RHC 13.346-SP, Quinta Turma, DJ 3/2/2003; e HC 22.916-MG, Quinta Turma, DJ 18/11/2002. RHC 38.499-SP, Rel. Min. Maria Thereza De Assis Moura, julgado em 11/3/2014.

Todavia, tal entendimento não é seguido. Em alguns dos Estados brasileiros, os problemas estruturais são tão alarmantes que as pessoas que estão submetidas às medidas de segurança cumprem em Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs)<sup>54</sup>, as quais ficam dentro das penitenciárias, quando não na própria sela juntamente com os outros presos.

Segundo dados fornecidos pelo Conselho Nacional de Justiça, em 2013 havia 105 pessoas que cumpriam medidas de segurança no Distrito Federal, das quais cinco são mulheres. Segundo o CNJ, as mulheres estavam em pior situação, pois ficavam em celas compartilhadas com as presas comuns, o que é proibido pela Lei de Execução Penal e pela Lei Antimanicomial<sup>55</sup>.

O § 3 do artigo 4º da Lei Antimanicomial veda expressamente a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em penitenciárias, vez que tais estabelecimentos prisionais não possuem capacidade estrutural para tanto.

As penitenciárias não foram desenvolvidas para garantirem assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo o fornecimento de serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

---

<sup>54</sup> Levantamento feito por Débora Diniz mostrou que o país tem 23 hospitais de custódia e três alas de tratamento psiquiátrico que abrigam 3.989 indivíduos em medidas de segurança.

<sup>55</sup> Informação obtida através do site: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/60375-definida-agenda-conjunta-para-melhorar-atendimento-a-pacientes-judiciarios>.

Independentemente de a qual modalidade de medida de segurança o indivíduo é submetido, as penitenciárias não são lugares propícios para receberem portadores de transtorno mentais.

Os presídios não possuem condições mínimas para fornecer suporte de atenção integral para a recuperação do portador de sofrimento mental que cometeu injusto penal, portanto, não possuem as características que comporiam um programa de atenção integral ao doente mental.

A internação, conforme previsto na Lei Antimanicomial, é o último recurso terapêutico, sendo necessário que as medidas de segurança, seja ela ambulatorial ou de internação, sejam aplicadas em local dotado de característica hospitalar capaz de fornecer todo o apoio necessário para alcançar a cura/tratamento dos pacientes e não um ambiente que segrega ainda mais àqueles já são considerados “loucos” pela sociedade.<sup>56</sup>

Além do esquecimento dos familiares, o próprio Estado não fornece a proteção adequada para os indivíduos que estão submetidos às medidas de segurança. Se essas pessoas não podem contar com o Estado e nem com seus familiares como podem alcançar sua recuperação?

Resta nítido que qualquer indivíduo que esteja sofrendo de transtorno mental precisa receber medidas adequadas em prol de sua recuperação e não tratamento desumano.

Isolar o portador de sofrimento mental é desconsiderar sua condição subjetiva, portanto, desclassificá-lo como ser humano.

---

<sup>56</sup> SANT'ANNA, T. C. de. et al. **A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. Revista Psicol. cienc. prof. vol.26 no.3 Brasília Sept. 2006 Disponível em:** [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932006000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000300004). Acesso em 09 de dez. 2015. A Lei Antimanicomial impactou diretamente sobre o trabalho dos psicólogos dentro das instituições de tratamento psiquiátrico. A Lei nº 10.216 foi à peça chave para dar início ao processo de humanização do tratamento aos portadores de sofrimento mental. Salienta-se que este artigo, para se chegar a tais conclusões, baseou-se em uma pesquisa realizada com alguns psicólogos que atendem a instituições de tratamento mental em Brasília.

### 3. TENTATIVAS DE MUDANÇA NO TRATAMENTO DOS DOENTES MENTAIS SUJEITOS À MEDIDA DE SEGURANÇA.

#### 3.1 CONTEXTO SOCIAL DOS ANOS 70 E A LEI ANTIMANICOMIAL.

O Brasil vivenciou no final dos anos 70 o início da reforma psiquiátrica. Tal reforma teve como objetivo proteger os direitos dos portadores de sofrimento mental.

Salienta-se que a reforma psiquiátrica nasceu durante um contexto histórico e política de transformações. O país passava por um recém processo de redemocratização, o qual impulsionou os movimentos sociais.

Diante desse quadro, Silvio Yasui definiu a Reforma Psiquiátrica como “(...) um amplo campo heterogêneo composto por distintas dimensões. É, sobretudo, um processo que traz as marcas de seu tempo”<sup>57</sup> Ou seja, a reforma psiquiátrica, além de proporcionar a mudança na forma de tratamento dos portadores de transtorno mental também refletiu em uma dimensão jurídica-política, vez que transformou o aparato jurídico do Estado.

A reforma psiquiátrica permitiu que a loucura ocupa-se outro lugar social, vez que, conforme veremos a baixo, ela se deu por iniciativa popular, portanto, a reforma psiquiátrica foi, na verdade, um:

(...) processo social complexo, caracterizado por uma ruptura de fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico, pela produção de saberes e fazeres que se concretizam na criação de novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico (...) <sup>58</sup>

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) cujos integrantes eram simpatizantes do movimento sanitário, sindicalistas, profissionais de saúde e familiares de pacientes internados, foi o primeiro movimento social em defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos<sup>59</sup>. Foi a partir deste movimento que a reforma

<sup>57</sup> YASUI, S. **RUPTURAS E ENCONTROS: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.p. 27.

<sup>58</sup> YASUI, S. **RUPTURAS E ENCONTROS: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.p. 27.

<sup>59</sup> ZGIET, J. **Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar?. p. 321**. Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 313-323, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a13.pdf>. Acesso em 09 de dez. 2015. Não poderia ser diferente, não havia, à época, outra categoria profissional que precisava mudar a situação dos manicômios judiciários e hospitais psiquiátricos, tanto quanto a dos trabalhadores de

psiquiátrica começou a ganhar força em meio a sociedade. Pode-se afirmar que a reforma psiquiátrica “buscou politizar a questão da saúde mental”<sup>60</sup>.

O MTSM incentivou a produção de denúncias contra a violência ocorrida nos manicômios e contra a mercantilização da loucura<sup>61</sup>. Tal movimento possuía como meta a interdição da Colônia Juliano Moreira<sup>62</sup>.

Embora a reforma psiquiátrica tenha iniciado nos anos 70, a década de 80 foi de extrema importância para a reforma psiquiátrica. Em 1987 foi criado o primeiro Centro de Apoio Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira (CAPS)<sup>63</sup>, cujo propósito era à assistência integral aos pacientes com portadores de transtornos mentais, ainda, neste mesmo ano foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM<sup>64</sup>, em defesa de uma sociedade sem manicômios, além da I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro.

A Secretaria Municipal de Saúde de Santos - SP, em 1989, iniciou o intervencionismo no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta<sup>65</sup>, em razão de denúncias de maus-tratos e mortes de pacientes. Tal intervenção repercutiu nacionalmente, permitindo, assim, o início da construção de uma rede de cuidados aos portadores de transtornos mentais substitutiva aos manicômios judiciários.<sup>66</sup>

No mesmo ano da intervenção da Casa de Saúde Anchieta, o então deputado Paulo Delgado levou para aprovação no Congresso Nacional de um Projeto de Lei

---

saúde mental. Tais profissionais, quando da reforma psiquiátrica, trabalhavam em condições insalubres.

<sup>60</sup> YASUI, S. **RUPTURAS E ENCONTROS: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.p. 31.

<sup>61</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

<sup>62</sup> O documentário: **Colônia Juliano Moreira: 80 anos: história, política e loucura** (Disponível em: <http://coolplay.tk/watch/lfthcmFmv6E>), conta a história do hospital psiquiátrico localizado no Rio de Janeiro. Saliencia-se que no início dos anos 80, época da reforma psiquiátrica, o hospital psiquiátrico Colônia Juliano Moreira possuía mais de 2000 internos.

<sup>63</sup> DEVERA, D. et.al. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: **Transformações na legislação, na ideologia e na práxis**. p. 69. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007. O primeiro CAPS criado no Brasil foi instalado em São Paulo. Exercia uma função intermediária entre um Hospital Psiquiátrico e um Ambulatório de Saúde Mental.

<sup>64</sup> YASUI, S. **RUPTURAS E ENCONTROS: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.p. 43.

<sup>65</sup> DEVERA, D. et.al. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: **Transformações na legislação, na ideologia e na práxis**. p. 69. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007.

<sup>66</sup> Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. 2005, Brasília. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**, Brasília, 2005.

que tinha como objetivo à normatização dos direitos dos portadores de sofrimento mental, bem como visava a substituição dos manicômios judiciários.

Durante a década de 90, os movimentos sociais, influenciados pelos ideais trazidas pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, aprovam inúmeras leis, em diversos Estados brasileiros, em defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental, bem como são lançadas inúmeras portarias.<sup>67</sup>

Ainda, durante os anos 90, a II Conferência Nacional de Saúde Mental tenha sido realizada e no âmbito federal várias foram aprovadas, as quais se baseando nas experiências trazidas pelos NAPS/CAPS<sup>68</sup> autorizava a criação de serviços de atenção diária aos portadores de doença mental, bem como estabeleciam as regras para classificação e fiscalização dos hospitais psiquiátricos, o tom da reforma psiquiátrica era dado por uma agenda política que tinha como prioridade a estabilidade econômico do país, ou seja, as reivindicações por melhores condições para saúde mental perdeu lugar para crise econômica.<sup>69</sup>

A Lei Paulo Delgado nº 10.216, levada ao Congresso Nacional em 1989, foi sancionada no ano de 2001. Salienta-se que a aprovação da Lei 10.216 somente aconteceu após a realização de alterações ao Projeto de Lei inicial.

A Lei Federal 10.216 ficou conhecida como Lei Antimanicomial ou lei da Reforma Psiquiátrica. Tal lei dispõe acerca da proteção dos direitos dos portadores de sofrimento mental.

Segundo o artigo 4º da Lei Antmanicomail, o tratamento dos doentes mentais precisam ser encaminhados a um modelo de assistência em saúde mental e não manicomial. Todavia, salienta-se que a lei não trouxe mecanismos claros para a extinção dos manicômios.<sup>70</sup>

A partir desse momento, o Ministério da Saúde angariou recursos financeiros específicos para custear a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede diária à saúde mental, bem como, obteve recursos para que tal substituição avançasse para diversas regiões do país.

---

<sup>67</sup> DEVERA, D. et.al. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: **Transformações na legislação, na ideologia e na práxis**. p. 70 à 74. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007.

<sup>68</sup> A Portaria GM 224/92 define os NAPS/CAPS como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar.

<sup>69</sup> YASUI, S. **RUPTURAS E ENCONTROS: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.p. 51

<sup>70</sup> DEVERA, D. et.al. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: **Transformações na legislação, na ideologia e na práxis**. p. 75. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007.

Fato é que a reforma psiquiátrica configurou-se como um processo político de transformação social.<sup>71</sup>

A Lei nº 10.216/2001, composta por 13 artigos, inicia o processo de humanização do atendimento à saúde mental, vez que prioriza o tratamento de atenção psicossocial ao portador de transtorno mental que comete injustos penais.

A Lei Antimanicomial tem como objetivo primordial a garantia da proteção dos direitos fundamentais do portador de doença mental. A fim de auxiliar com a garantia de tais direitos, o artigo primeiro<sup>72</sup> desta lei determina a isonomia do tratamento dos portadores de sofrimento mental que cometem injustos penais, vedando qualquer forma de discriminação baseada em raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno mental.

No artigo seguinte, a lei fixa os direitos dos portadores de doença mental, determinado que, no momento da internação, tais direitos sejam informados formalmente aos pacientes e seus familiares ou responsáveis. Salienta-se que o rol de direitos trazidos no parágrafo único do artigo 2º desta lei remete a direitos já tutelados pela ordem constitucional<sup>73</sup>.

Todavia, o grande destaque desta lei é o artigo 4º:

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

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

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

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

<sup>71</sup> YASUI, S. **RUPTURAS E ENCONTROS: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.p. 32.

<sup>72</sup> “Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.”

<sup>73</sup> LIMA, V. B. O. et al. **REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: RESGATE DA CIDADANIA DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS**. p. 17.

O artigo 4º da Lei Antimanicomial determina que o juiz deve dar preferência ao tratamento ambulatorial, e, somente optando pela internação quando esta for necessário para o tratamento do indivíduo.

A internação somente pode ser aplicável quando houver um "laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos".

A fim de respeitar o § 3º do artigo 4º desta lei, o Ministério da Saúde editou a Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002<sup>74</sup>, criando os chamados CAPS - Centros de Atenção Psicossocial.

Os CAPS, oferecidos no Sistema Único de Saúde (SUS), são unidades de atendimento com atenção intensiva e diária às pessoas com transtornos mentais. Os CAPS fornecem serviços ambulatoriais de atenção diária e acompanhamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo aos pacientes, permitindo que estes sejam reinserido a sociedade.

Salienta-se que o § 3º do artigo 4º da Lei Antimanicomial proíbe a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, entretanto, não há definição legal para o que seja estabelecimento com característica asilares.

O artigo 5º da lei em análise<sup>75</sup> protege àqueles que estão em situação de grave dependência institucional, ou seja, determina que àqueles que em razão do estado clínico ou pela ausência de suporte social, serão objeto de política específica.

O próximo artigo desta lei, reconhece a existência de três tipos de internação psiquiátrica: internação voluntária, involuntária e compulsória. A primeira internação ocorre com o consentimento do usuário, salienta-se que a internação nesta modalidade finda-se por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente; a segunda modalidade, em oposição a primeira, ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, devendo, necessariamente ser comunicada ao Ministério Público Estadual; e, por fim, a compulsória é aquela determinada pela legislação vigente ou pelo juiz competente.

---

<sup>74</sup> "O art. 5º, § único da Portaria n.º 336/GM determina que o estado clínico do paciente e a frequência com que necessita de atendimento ambulatorial definem as formas de atendimento, informando que nos casos de cuidados intensivos o atendimento deve ser diário".

<sup>75</sup> "Art. 5º: O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário."

Fato é que a lei nº 10.216/2001 representou um extraordinário avanço no sentido de garantir aos pacientes portadores de transtorno mental que seus direitos humanos fossem respeitados. Tal lei foi o início da mudança de mentalidade discriminatória e segregatória, principalmente, evitando a isolamento dos pacientes em estabelecimentos asilares.<sup>76</sup>

### **3.2 A INOVAÇÃO TRAZIDA PELO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL.**

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário implantado no Estado de Minas Gerais é uma inovação para o tratamento dos portadores de transtorno mental que cometem injustos penais.

O programa, através de uma equipe interdisciplinar, analisa cada caso, elaborando a medida adequada e particularizada que cada indivíduo necessita, atentando para as necessidades médicas/terapêuticas essenciais para sua inserção social<sup>77</sup>.

O PAI-PJ inovou no tratamento destinado aos doentes mentais que cometem injustos penais, vez que, ao contrário do que, atualmente, ocorre com as medidas de segurança, o programa foca-se na capacidade do sujeito e não na gravidade do ato praticado.

A mentalidade jurídica e da sociedade como um todo, por muito tempo, foi uma mentalidade preconceituosa e discriminatória. Os relatos dos sobreviventes e ex-funcionários do hospício de Barbacena deixa claro como esse tipo de pensamento vigorou até pouco tempo no imaginário popular.

Os portadores de doença mental eram tratados como problemas sociais, ainda mais quando vinham a cometer injustos penais, portanto, segregá-los dentro de hospitais psiquiátricos ou em manicômios judiciários foi, por muito tempo, a solução mais rápida e eficaz de resolver o problema.

---

<sup>76</sup> LIMA, V. B. O. et al. **REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: RESGATE DA CIDADANIA DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS**. p. 15 à 17.

<sup>77</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 30.

O PAI-PJ, juntamente com as premissas da luta antimanicomial, em especial, através da Lei Federal nº 10.216/2001, veio transformar essa mentalidade. A segregação deu lugar a atenção integral e o isolamento deu lugar ao convívio social.

O PAI-PJ é o primeiro programa institucionalizado pelo judiciário que tem como premissas as idéias defendidas pela Lei Antimanicomial.

## 4. PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO

### 4.1 BREVES NOTAS ACERCA DE COMO INICIOU O PAI-PJ.

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI – PJ) – consiste no acompanhamento integral do portador de sofrimento mental que esteja sendo processado criminalmente<sup>78</sup>.

Tal programa teve como base a pesquisa feita pela psicanalista e psicóloga judicial, Fernanda Otoni de Barros. Sua pesquisa consistiu no levantamento da situação jurídica, clínica e social de 15 processos criminais envolvendo portadores de patologia mental de Belo Horizonte<sup>79</sup>.

A pesquisa, que ocorreu ao longo do ano de 1999, foi produzida durante o estágio supervisionado IV e V do curso de Psicologia do Centro Universitário Newton Paiva.

No primeiro momento da pesquisa, os alunos identificaram os principais problemas em torno do tratamento jurisdicional destinado ao portador de doença mental. Após essa fase, a pesquisa se destinou a traçar um projeto de acompanhamento dos casos na rede pública de saúde, tendo por base a conciliação entre o tratamento e o processo jurídico<sup>80</sup>.

O resultado da primeira fase da pesquisa<sup>81</sup> revelou que os direitos dos indivíduos encarcerados nos manicômios judiciários haviam sido violados, vez que esses indivíduos suportavam as mazelas da superlotação, às precárias condições estruturais, a ausência de medicamento, dentre outros.

---

<sup>78</sup> Salienta-se que as informações acerca do PAI-PJ também podem ser obtidas através da leitura do artigo de autoria da psicanalista Fernanda Otoni de Barros-Brisset: DE BARROS-BRISSET, F. O. **Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte**. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. vol.20 no.1 São Paulo abr. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000100016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100016);

<sup>79</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 26.

<sup>80</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 21.

<sup>81</sup> A pesquisa relata mencionada neste ponto refere-se aquela que antecedeu a criação do PAI-PJ: BARROS, F. O. **Relatos da experiência da pesquisa com os pacientes judiciários**. Belo Horizonte: Mimeo, 1999.

Outro resultado obtido da primeira fase da pesquisa foi a necessidade de se construir uma solução mediadora entre saúde pública e a justiça, vez que em razão da superlotação dos manicômios, os juízes determinavam as internações em hospitais públicos, os quais, por sua vez, estavam lutando pela desospitalização dos portadores de sofrimento mental, de acordo com o projeto de saúde mental do município e a lei estadual 11.802/1995, conhecida como “Lei Carlão”.

A primeira fase da pesquisa mostrou a necessidade de formular um dispositivo conector entre a justiça e a saúde. Esse dispositivo conector teria como função estabelecer a ligação entre o tratamento em saúde mental e o sistema jurídico. Ademais, o resultado da primeira fase também revelou que esse dispositivo conector deve respeitar as singularidades clínica, jurídica e social de cada caso.

A fim de encontrar uma solução mediadora para o conflito, a pesquisadora e seus alunos, semanalmente, promoviam rodas de conversas entre os envolvidos na rede de atenção aos casos em andamento, inclusive, os próprios pacientes, para que pudessem juntar pistas da solução singular de tratamento e sociabilidade de cada paciente judiciário<sup>82</sup>.

A experiência vivenciada por aquele grupo de alunos orientados pela psicanalista e psicóloga judicial Fernanda Otoni de Barros demonstrou à eles que a solução não vinha do silêncio do isolamento, mas sim da ampla convivência.

Eu tinha para mim que o isolamento desses casos era um dos grandes responsáveis por reduzir as possibilidades de inventar respostas singulares, institucionais e políticas, em condições de produzir novos instrumentos para tratar a perturbação mental insuportável e conectar o portador de sofrimento mental à rede social com a qual precisou romper por não encontrar nela nenhum modo de sossegar seu sofrimento. De alguma forma, haveria outras formas mais vivas de contornar esse traumatismo.<sup>83</sup>

Em razão da crise instalada entre o sistema de saúde e o judiciário, percebia-se que o isolamento do “louco infrator” não trazia benefícios nem ao paciente *sob judici* e, muito menos, ao sistema penitenciário.

---

<sup>82</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte**. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. vol.20 no.1 São Paulo abr. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000100016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100016)

<sup>83</sup> BARROS, F. O. **Relatos da experiência da pesquisa com os pacientes judiciários**. Belo Horizonte: Mimeo, 1999. p. 9.

A pesquisa da psicanalista Fernanda Otoni de Barros demonstrou que somente um tratamento individualizado era capaz de trazer aos pacientes judiciários para o convívio social.

Segundo a pesquisadora, a atenção dispensada ao paciente judiciário revelou que o cometimento do crime tinha consequências sobre cada portador de doença mental que o praticou, fazendo com que a periculosidade perdesse importância à medida que a responsabilidade inédita auferia espaço na mente do paciente judiciário.

A atenção individualizada dada para cada uma daquelas 15 pessoas que estavam *sob judici*, revelou aos participantes da pesquisa a importância de atribuir consequência às respostas desses indivíduos<sup>84</sup>.

Os próprios pacientes judiciários, aos poucos, após passarem por um período de intenso acompanhamento, reconheciam que o ato/crime que ora havia praticado precisava de uma resposta. Um dos pacientes disse assim:

Estou no hospital agora, tratando minha cabeça, mas quando vou pagar pelo que fiz? Tenho que pagar pelo crime que cometi para que todos da minha cidade me recebam de volta.<sup>85</sup>

Tal revelação demonstrou que cada paciente tentava “construir algum sentido para o sem sentido de seu ato”.<sup>86</sup>

A psicanalista Fernanda Otoni de Barros, durante sua pesquisa, observou que o simples acompanhamento desses pacientes judiciários, escutando a sua história, ou seja, dando voz a quem não a tinha, já contribui com melhoras significativas.

Os pacientes judiciários, os loucos infratores, foram aos poucos organizando um modo de tratar sua perturbação e se apresentando como sujeitos de direitos que respondem pelos seus atos na medida de sua

---

<sup>84</sup> A escolha pelo legislador de tratar as medidas de segurança em âmbito penal foi uma escolha estritamente política-criminal. Como bem salientou Busato: “É perfeitamente válida a opção político-criminal oposta, no sentido de tratar o problema dos tipos de ação com pretensão de ilicitude cometidos por agentes não genericamente reprováveis (imputáveis), como um assunto eminentemente relacionado à administração pública, com caráter médico-sanitário, administrativo, etc.” (BUSATO, P. C. **Direito Penal: parte geral**. 2.ed. São Paulo:Atlas, 2015.p. 858).

<sup>85</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Relatos da experiência da pesquisa com os pacientes judiciários**. Belo Horizonte: Mimeo, 1999. p. 24.

<sup>86</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Relatos da experiência da pesquisa com os pacientes judiciários**. Belo Horizonte: Mimeo, 1999. p. 24.

singularidade, capazes de outras respostas que não aquelas imaginadas pela presunção de sua periculosidade.<sup>87</sup>

Importante destacar que esse projeto é inovador na medida em que nasceu e se desenvolveu orientado pelos princípios da reforma psiquiátrica e dos direitos humanos, bem como se apoia numa Lei Estadual 11.802/1995 cujo texto legal inaugurou a nova perspectiva da assistência em saúde mental em Minas Gerais.

Tendo como embasamento a pesquisa da psicanalista Fernanda Otoni de Barros, fora apresentado ao Juiz diretor do Foro da Comarca de Belo Horizonte, José Afranio Vilela, uma proposta de projeto para continuar acompanhando esses casos, a qual foi aceita e implantada como um projeto – piloto no início de 2000.

#### **4.2 IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA PAI-PJ NO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS.**

No início do ano de 2000 foi implantado no Tribunal de Justiça de Minas o projeto-piloto, inicialmente, denominado como Projeto de Acompanhamento Interdisciplinar ao Paciente Judiciário (PAI-PJ).

Tal projeto foi implantado para dar continuidade no acompanhamento dos 15 processos criminais envolvendo portadores de patologia mental de Belo Horizonte e em qualquer outros que viessem a surgir, tendo como objetivo a mediação entre o tratamento e o processo judiciário, até o retorno dessas pessoas ao ambiente social.

Em dezembro do ano seguinte, a experiência-piloto, através da portaria Conjunta nº 25/2011, foi transformada em um projeto cuja denominação é “Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ”<sup>88</sup>.

Salienta-se que o TJ-MG, através desse programa e tendo como base normativa a lei 10.216<sup>89</sup>, em colaboração da Rede do Sistema único de Saúde

---

<sup>87</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Relatos da experiência da pesquisa com os pacientes judiciários**. Belo Horizonte: Mimeo, 1999. p. 24.

<sup>88</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 27.

<sup>89</sup> Em 2001 foi aprovada a lei federal de Saúde Mental (Lei nº 10.216), denominada de Lei Antimanicomial.

(SUS) do Município de Belo Horizonte, executou institucionalmente a reforma psiquiátrica no campo jurídico<sup>90</sup>.

O projeto tornou-se firme em razão da parceria com o Projeto de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte, o Centro Universitário Newton Paiva, Ministério Público, dentre outros atores institucionais.

Foi nesse contexto institucional que o PAI-PJ se desenvolveu no Estado de Minas Gerais. Imprescindível destacar que o programa ocorre de modo intersetorial, através da parceria do Judiciário, do Executivo e da Rede Pública de Saúde.

Inicialmente, na época do projeto-piloto, a lei estadual nº 11.802/1995, conhecida como “Lei Carlão”, foi a legislação que mais influenciou seu desenvolvimento. Mas, somente em 2001, quando o projeto foi institucionalizado pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, é que a Lei Federal nº 10.216/2001, assegurou e sustentou o modelo assistencial em substituição ao modelo manicomial, no que se refere ao portador de doença mental<sup>91</sup>.

O projeto, desde sua criação, apoiou-se na legislação penal, especialmente, a Lei de Execução Penal, nº 7.210, especificamente os artigos 176 e 184. Ainda, cumpre destacar que o Código Penal foi de extrema valia para a elaboração do PAI-PJ.

Salienta-se que o Código Penal, atualmente em vigor, teve vigência a partir de 1984. Tal código foi produzido em meio a um contexto de agitação social, período denominado de reforma psiquiátrica, portanto, o legislador do novo código penal ao elaborá-lo refletiu o contexto social que vivenciava. Tal fato é tão verdade que constam na exposição de motivos da nova parte geral do Código Penal que, posteriormente, incluídos no novo Código Penal alguns artigos relativos à aplicação das medidas de segurança, como, por exemplo, a previsão da medida ambulatorial.

---

<sup>90</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 27.

<sup>91</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 30.

### 4.3 FUNCIONAMENTO DO PAI-PJ.

O programa, em desenvolvimento há 10 anos no Tribunal de Justiça de Minas Gerais, tem como função acompanhar integralmente o portador de patologia mental durante o tempo em que respondem a processos criminais.

O acompanhamento ocorre de modo intersetorial, vez que o Judiciário, o Executivo e a comunidade, de modo geral, se relacionam promovendo o acesso desses pacientes infratores à Rede Pública de Saúde e à Rede de Assistência Social.

A fim de acompanhar integralmente o portador de sofrimento mental infrator, conforme informação obtida no site do Tribunal de Justiça de Minas Gerais<sup>92</sup>, o PAI-PJ, divide-se em seis etapas: construção de um projeto de atenção integral de cada caso; disponibilidade do tratamento na rede pública; acompanhamento clínico, social e jurídico do caso; construção do caso; reuniões periódicas; e finalização do acompanhamento.

A primeira etapa consiste em realizar entrevistas periódicas com os pacientes judiciários, estudar os autos e estabelecer contato e discussões com a equipe da rede pública de saúde e social. Salienta-se que a equipe da rede pública de saúde e social serão os responsáveis pela condução dos tratamentos dos pacientes judiciários.

A etapa seguinte é o encaminhamento do portador de transtorno mental infrator para tratamento na rede pública de assistência em saúde mental e/ou aos serviços disponíveis na rede da cidade.

A terceira etapa consiste em realizar acompanhamento sistemático do paciente judiciário com a rede pública de saúde, bem como com rede social. Salienta-se que rede social é formada pela família, pelos amigos, pelas relações de trabalho, pelas relações com as instituições e os grupos dos quais o paciente judiciário participa ou deseja participar.

Nesta etapa realiza-se entrevistas com a família do paciente ou com o seu grupo de convivência, a fim de construir a sua história sócio-familiar. Tal entrevista tem o intuito de sensibilizá-los para uma melhor convivência com o paciente judiciário.

---

<sup>92</sup> Disponível em: < [http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/) >. Acesso em junho de 2015.

Ainda, a equipe do PAI-PJ realiza visita domiciliar e institucional visando conhecer a realidade na qual o portador de doença mental foi, está ou virá a ser inserido.

Há, ainda, nessa etapa o acompanhamento jurídico cujo trabalho consiste em emitir relatórios e pareceres e, posteriormente, encaminhá-los à autoridade judicial. Tais relatórios e pareceres conterão todas as informações pertinentes ao acompanhamento de cada caso, podendo ter, com base nos resultados advindos do acompanhamento clínico-social, sugestões para a alteração da situação judiciária do paciente judiciário, ainda, conterá subsídios técnicos para a execução penal, e, por fim, pareceres interdisciplinares acerca da pertinência do exame de sanidade mental e de exame de cessação de periculosidade e sobre a individualização da pena e modulação da medida de segurança.

A equipe jurídica, também, acompanha a tramitação processual nas diversas fases da Instrução e da Execução Penal dos autos, bem como acompanha a ida do paciente judiciário em audiências, apresentação em juízo em caso de livramento condicional, prestação de serviço à comunidade, juntada de atestado, etc.

A equipe jurídica é responsável, também, por contatar um advogado ou defensor público e o representante do Ministério Público, quando necessário, para garantir a efetivação dos direitos do paciente judiciário.

Por fim, a equipe jurídica solicita ao juiz competente, a qualquer tempo, quando necessário, a utilização de escolta ou sua suspensão, a regularização de documentos, a autorização para deslocamento, o Acompanhamento Terapêutico (AT) de paciente internado e a marcação de entrevista do paciente judiciário com o juiz.

A quarta etapa é a construção de cada caso através de reuniões sistemáticas, as quais têm como intuito a criação de novas ações que orientem o tratamento judiciário.

A penúltima etapa consiste na realização de reuniões periódicas com peritos oficiais, os quais apresentaram os dados relativos ao acompanhamento do caso, bem como na realização de reuniões após a realização de perícias de sanidade mental e cessação de periculosidade e antes da elaboração do laudo.

Por fim, a última etapa é a finalização do acompanhamento. A equipe do PAI-PJ tem o dever de encerrar o acompanhamento do caso, zelando pela

efetividade da reinserção social do indivíduo, nos seguintes casos: extinção de punibilidade, transferência do processo para outra comarca; impossibilidade de localização e a dispensa judicial do acompanhamento. Salienta-se que, nesta etapa, realiza-se entrevistas com os ex-pacientes judiciários com o objetivo de verificar a conclusão do acompanhamento e a efetivação de sua inserção social.

Em relação ao acompanhamento individualizado de cada caso, o projeto é orientado pela clínica das psicoses do ensino de Lacan. Tal clínica ao privilegiar o acompanhamento cuidadoso de cada sujeito judiciário, reconhece tais pacientes como sujeitos de direito.

Os casos que serão acompanhados pelo programa são encaminhados ao PAI-PJ, em razão de determinação judicial, bem como por familiares, estabelecimentos prisionais, instituições de tratamento em saúde mental e por outros parceiros.

Quando a pessoa encaminhada ao programa não possuir sentença de medida de segurança ou incidente de sanidade mental, solicita-se autorização judicial para o acompanhamento do caso.

Caso haja autorização judicial para que o programa acompanhe o indivíduo, este é conduzido a Rede Pública de Saúde Mental, a qual irá construir um projeto terapêutico e social específico para aquele indivíduo, ficando sujeito as constantes revisões e reconstrução, de acordo com as especificações do paciente.

Salienta-se que o acompanhamento do paciente judiciário ocorre durante o processo criminal, finalizando, somente, após o término da execução penal.<sup>93</sup>

O programa, através da equipe multidisciplinar, visa auxiliar a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução das medidas de segurança, salienta-se que, o programa pode também auxiliar na escolha da melhor medida judicial a ser aplicada para cada paciente, com a intenção de reunir o tratamento adequado, responsabilidade e inserção social.

A equipe interdisciplinar do programa é composta por psicólogos, assistentes sociais, assistentes jurídicos, bacharéis em Direito e estagiários em psicologia<sup>94</sup>.

---

<sup>93</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 29.

<sup>94</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 29.

Os estagiários fazem um papel muito importante, vez que são os chamados “acompanhantes”. Muitos dos pacientes que permaneceram durante longos anos internados perdem o laço social, encontrando dificuldade em realizar tarefas do cotidiano, tais como, pegar um ônibus, fazer compras, ir ao banco, etc, diante desse quadro, os estagiários, autorizados pelo juiz, acompanham esses pacientes auxiliando-os em todas as tarefas rotineiras, possibilitando assim a circulação dessas pessoas na cidade e promovendo sua inserção social.

Os assistentes sociais analisam o caso e entregam ao paciente judiciário os recursos cabíveis para inseri-lo na sociedade, aspirando à preservação dos direitos fundamentais e sociais, sempre enquadrados para o caso.

Já os psicólogos judiciais “realizam o acompanhamento sistemático dos pacientes, buscando escutar e acolher o que para cada um funciona como modo de tratar o sofrimento”<sup>95</sup>. Ademais, os psicólogos também ensinam os pacientes onde devem recorrer nos momentos de crise ou embaraço.

Por fim, os assistentes jurídicos preocupam-se com o processo judicial que envolve esses indivíduos, ou seja, tais assistentes acompanham os andamentos processuais, acompanhando-os durante as audiências, e formatam os ofícios que são encaminhados ao juiz com base nos pareceres interdisciplinares.

O programa se desenvolve de modo intersetorial, portanto, tem como objetivo a promoção da união entre o Judiciário, o Ministério Público e o Executivo, sendo que tal parceria é feita pela integração ao programa da rede pública de saúde e da rede de assistência social.

Ademais, em razão da aproximação com o judiciário, o PAI-PJ funciona como *longa manus* do juiz, vez que subsidia a decisão judicial, conectando os resultados trazidos no tratamento aos autos processuais.

O PAI-PJ possui dois núcleos: regionais e supervisor. Os núcleos regionais são ligados aos diretores de foro das comarcas onde estão instalados, já o núcleo supervisor, o qual possui sua sede na Comarca de Belo Horizonte, atua em todo o território do Estado de Minas Gerais, prestando orientação metodológica e monitorando as atividades dos Núcleos Regionais<sup>96</sup>.

---

<sup>95</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 29.

<sup>96</sup> O Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais elaborou um site contendo inúmeras informações acerca do PAI-PJ. Assim, para mais informações acessar: [http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/nucleos\\_regionais.html](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/nucleos_regionais.html)

Os Núcleos Regionais, quando formados, serão compostos por uma equipe jurídica, psicológica e social. Salieta-se que as instalações dos Núcleos Regionais apenas serão efetivadas após a verificação da viabilidade técnica e orçamentária da medida, sendo que tais núcleos serão previstos em Portaria-Conjunta do Presidente do Tribunal de Justiça e do Corregedor-Geral de Justiça, proposta pelo Núcleo Supervisor.

Os Núcleos Regionais serão formados mediante parceria com outros órgãos públicos e entidades públicas e privadas, que firmaram com o Tribunal de Justiça termo de cooperação técnica, ou ainda, por prestadores de serviço voluntário, os quais, por sua vez, precisam estar cadastrados, sendo que suas atribuições serão estabelecidas mediante Portaria-Conjunta do Presidente do Tribunal de Justiça e do Corregedor-Geral de Justiça.

Atualmente, o PAI-PJ possui dois Núcleos Regionais: um instalado em Barbacena e ou em Governador Valadares. As atribuições desses núcleos estão previstas na Portaria-Conjunta nº180/2010.<sup>97</sup>

#### **4.4 OBJETIVOS DO PAI-PJ.**

O PAI-PJ, conforme artigo 7º da Resolução nº 633/2010<sup>98</sup>, tem por objetivo auxiliar a Justiça de Primeiro Grau na individualização da aplicação e da execução

---

<sup>97</sup> São atribuições regulamentadas na Resolução nº 633/2010: I - promover o estudo e o acompanhamento dos processos criminais e infracionais em que figurem pacientes judiciários, visando à elaboração de projeto individualizado de atenção integral; II - realizar o acompanhamento psicológico, jurídico e social do paciente judiciário; III - manter contato e articulação intersetoriais, em caráter permanente, com: a) a rede pública de saúde, visando efetivar a individualização do projeto de atenção integral; b) a rede social, visando à promoção social do paciente judiciário e à efetivação das políticas públicas pertinentes ao caso; IV - realizar discussões com peritos criminais, nos casos em que houver exame de sanidade mental e cessação de periculosidade, apresentando, em atendimento a determinação judicial, dados relativos ao acompanhamento do paciente; V - emitir relatórios e pareceres, dirigidos ao Juiz competente, relativos ao acompanhamento do paciente judiciário nas diversas fases processuais; VI - sugerir à autoridade judicial medidas processuais pertinentes, com base em subsídios advindos do acompanhamento clínico-social do paciente judiciário; VII - prestar ao Juiz competente as informações clínico-sociais necessárias à garantia dos direitos do paciente judiciário. Parágrafo único. Para o cumprimento das atribuições de que trata este artigo, serão realizadas diligências externas, sempre que necessário.

<sup>98</sup> Art. 7º: O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, PAI-PJ, tem por objetivo assessorar a Justiça de Primeira Instância na individualização da aplicação e da execução das medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança aos pacientes judiciários, conforme o disposto nesta Resolução.

das medidas sócio educativas, penas e medidas de segurança aos pacientes judiciários.

O programa foi criado com a proposição de solucionar a crise entre a Justiça e a Saúde Mental, entretanto, a tentativa de solucionar tal crise trouxe a possibilidade de inovar no que tange ao tratamento de pacientes judiciários.

A crise entre o judiciário e saúde pública foi a mola propulsora para a criação do PAI-PJ, portanto, o foco do programa, no início, se voltou a solucionar a crise instaurada entre essas instituições.

Contudo, a busca pela solução da crise trouxe à tona a possibilidade inédita de inovar no tratamento ao “louco infrator”. Tal inovação refere-se a substituição do manicômio judiciário pelo tratamento de atenção integral, ou seja, o isolamento proporcionado pelo manicômio judiciário foi substituído pela ampliação desses indivíduos às políticas públicas de atenção à saúde mental.

Salienta-se que essa proposta inovadora se orienta pelos princípios constitucionais e fundamentais dos direitos humanos e pelas diretrizes da reforma psiquiátrica contidas na Lei 10.216/2001, a qual assegura que os portadores de doença mental que cotem um ato criminoso devem ser tratados de modo diverso ao modelo manicomial.

O programa PAI-PJ disponibiliza ao paciente judiciário, além do tratamento em saúde mental, um acompanhamento jurisdicional particularizado, ou seja, tal acompanhamento é medido pela possibilidade, capacidade e responsabilidade do agente infrator.

Percebendo o paciente judiciário a partir de sua individualidade, o programa considera o “louco infrator” como um sujeito de direitos, permitindo, dessa forma, que as vestes da periculosidade sejam retiradas, possibilitando que tais sujeitos apresentem-se do seu jeito e respondam publicamente e juridicamente pelas consequências de seus atos.

Segundo a psicanalista Fernanda Otoni de Barros-Brisset, o PAI-PJ, busca:

(...) viabilizar a acessibilidade aos direitos fundamentais e sociais previstos na Constituição da República, almejando ampliar as respostas e a produção do laço social dessas pessoas. Auxilia a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução das medidas de segurança, de acordo com o previsto na legislação penal vigente.<sup>99</sup>

---

<sup>99</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 28.

Ou seja, o programa veio com o intuito de ampliar o acesso aos direitos fundamentais das pessoas que cometem infração penal em razão de transtorno mental, fortalecendo os laços familiares desses indivíduos.

#### **4.5 RESULTADOS OBTIDOS NO PAI-PJ.**

O principal resultado obtido com a implantação do PAI-PJ foi o rompimento com a cultura de execução penal. Antes da implantação deste programa, os portadores de sofrimento mental que praticavam infrações penais ficavam submetidos ao modelo manicomial.

Atualmente, tais indivíduos são submetidos a um tratamento adequado na rede pública com atenção integral, vez que a equipe do PAI-PJ é composta por profissionais de inúmeras áreas do conhecimento como, por exemplo, psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em Direito.

Até o ano de 2009, ou seja, durante 10 anos de funcionamento, o PAI-PJ acompanhou 1.058 processos criminais, sendo acolhidos 755 cidadãos, tendo, cada um desses indivíduos, tratamentos de acordo com o tipo de sofrimento mental, buscando sempre a reinserção desses pacientes ao convívio social<sup>100</sup>.

Do total de 755 pacientes, em 2009, foram 489 casos desligados; 266 casos, na época, estavam sob acompanhamento do programa, sendo 210 encontravam em liberdade, realizando tratamento nos dispositivos substitutivo ao manicômio.

No ano de 2010, o programa contava com 18 pacientes que recebiam atenção 24 horas, em razão da grande instabilidade e perturbação no quadro clínico dos pacientes.

Em 2009/2010, dos casos sentenciados e acompanhados pelo programa, apenas 25 foram submetidos à medida de segurança de internação, 87 receberam medida de segurança ambulatorial e 14 encontravam-se em liberação condicional da medida de segurança<sup>101</sup>.

---

<sup>100</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 34-35.

<sup>101</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 35.

Em relação aos casos encerrados, o índice de reincidência é de apenas 2%<sup>102</sup>, sendo que tal índice ficou restrito a crimes de menor gravidade e contra o patrimônio, sendo que, ao longo de 10 anos, não houve registro de reincidência de crimes hediondos, desmitificando o fantasma da periculosidade.

Antes da criação do programa PAI-PJ, os indivíduos que cumpriam medida de segurança, em muitos casos, não tinham previsão de quando tal medida se encerraria, podendo, até mesmo, durar muitos anos, ocasionando a perda dos seus laços sociais. A criação do PAI-PJ alterou essa realidade.

Os portadores de doença mental que são acompanhados pelo programa passam, em torno, cinco anos em tratamento. O advento do programa permitiu que o tempo destinado entre a entrada do paciente judiciário no programa e a sua saída do sistema jurídico diminuísse drasticamente.

Tal diminuição permitiu que os laços sociais adquiridos antes da entrada do indivíduo no programa não fossem esquecidos, como ocorria antes da implantação do programa.

O principal resultado obtido pela experiência do PAI-PJ é demonstração de que o tratamento do louco infrator precisa ser realizado de forma integrada com diversos setores, inclusive, a própria sociedade. Nas palavras da psicanalista Fernanda Otoni:

A experiência do PAI-PJ ensina que as soluções relativas ao tratamento do louco infrator não se encontram na forma autônoma nem podem ser postas em práticas a poucas mãos; exigem o comprometimento coletivo dos diversos atores que atravessam seu campo de intervenção. É assim que tem sido possível, nos dez anos de funcionamento do PAI-PJ, manter como prioridade absoluta que o tratamento dos loucos infratores seja realizado na rede SUS, segundo os princípios orientadores de atenção psicossocial ao portador de sofrimento mental, desenhados pelo Ministério da Saúde.<sup>103</sup>

O PAI-PJ adquiriu, ao longo de mais de 10 anos de funcionamento, destaque tanto no âmbito nacional como internacional. Salienta-se que, no âmbito nacional, em outubro de 2006, serviu de base para criação do *Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator* (PAI-LI) em Goiânia/GO.

---

<sup>102</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 35.

<sup>103</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 39.

Já no âmbito internacional, em outubro de 2005, o PAI-PJ tornou-se visível na França e em países da comunidade europeia, vez que fora divulgado no II Encontro Franco-Brasileiro de Psicanálise e Direito<sup>104</sup>.

Um ano após sua divulgação no II Encontro Franco-Brasileiro de Psicanálise e Direito, o programa foi apresentado no Fórum Social Europeu, realizado na Grécia e em 2008 foi apresentado no Encontro Internacional sobre a Questão da Periculosidade.

Em 2009, o PAI-PJ recebeu o “Prêmio Nacional de Cidadania com Segurança e Direitos Humanos”, na Conferência Nacional de Segurança Pública, realizada em Brasília, alcançando o 1º lugar.

Por fim, a partir de maio de 2010, o programa passa a integrar o Programa Novos Rumos do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, regulamentado pela Resolução nº 633/2010.

Fato é que o PAI-PJ está funcionando tão bem que até mesmo tornou-se a fonte inspiradora para a criação do programa de atenção integral ao louco infrator em Goiânia<sup>105</sup>.

#### **4.6 A EXPERIÊNCIA GOIANA DO PAI-LI (PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR).**

Semelhante ao PAI-PJ, no Estado de Goiás, em 2006, foi criado o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI), é órgão que responsável pela execução das medidas de segurança em Goiás.<sup>106</sup>

O PAI-LI, segundo o que consta na Cartilha produzida pelo Ministério Público de Goiás, tem como função a supervisão do tratamento conferido ao paciente judiciário nas clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS e nos Centros de Atenção

<sup>104</sup> DE BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 39.

<sup>105</sup> SANTANA, A. F. F. de A. et al. **Direito e saúde mental: percurso histórico com vistas à superação da exclusão**. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte) vol.17 no.1 Belo Horizonte abr. 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682011000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000100004). Acesso em 09 de dez. 2015.

<sup>106</sup> SILVA, H. C. **Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança: informações gerais**. Goiânia: Ministério Público do estado de Goiás, 2009. p. 25. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/interjustica/pdfs/outros/cartilha-PAI-LI.pdf>. Acesso em 09 de dez. 2015.

Psicossocial (CAPS), bem como estabelece a mediação entre o paciente judiciário e o juiz.<sup>107</sup>

Segundo seu idealizador, o promotor Haroldo Caetano, o portador de doença mental que cometeu uma infração penal, ao invés de ser isolado em manicômios judiciários, deve receber atendimento individualizado no sistema de saúde pública, mantendo contato direto e constante com seus familiares.

Tal programa foi idealizado tendo como escopo a Lei nº 10.216 (Lei Antimanicomial), a qual concede autonomia às equipes médicas e psicossociais para escolherem o melhor tratamento terapêutico, sem necessidade de prévia autorização judicial.

Essa autonomia permite que o médico e as equipes psicossociais das clínicas conveniadas do SUS determinem e coloquem em prática o melhor tratamento terapêutico individual de acordo com a singularidade de cada caso.

Os médicos e as equipes psicossociais das clínicas conveniadas ao SUS trabalham com o paciente judiciário, sendo acompanhados pelos profissionais do PAI-LI, cuja atuação é caracterizada pelo contato com os familiares dos pacientes e, principalmente, através da integração desses profissionais com todo o sistema de saúde mental, especialmente os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas.

Salienta-se que, assim como ocorre no PAI-PJ, o processo de execução da medida de segurança continua jurisdicionalizado, mas não será o judiciário quem decidirá o tratamento destinado aos portadores de doença mental que cometem infrações penais, mas sim o médico, vez que é o profissional capacitado para avaliar quais os tratamentos adequados ao paciente.

Ademais, importante frisar que a Lei 10.216 exige o laudo médico circunstanciado como requisito fundamental para proceder à internação psiquiátrica. Ao judiciário cabe fiscalizar o processo executivo do tratamento, observando se está sendo realizado da melhor forma, ou seja, sem excessos ou desvios.

O PAI-LI é o resultado de um trabalho conjunto entre a Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, o Centro de Apoio Operacional de Defesa da Cidadania, as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria da Saúde do

---

<sup>107</sup> SILVA, H. C. **Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança: informações gerais**. Goiânia: Ministério Público do estado de Goiás, 2009. p. 19. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/interjustica/pdfs/outros/cartilha-PAI-LI.pdf>. Acesso em 09 de dez. 2015.

Município de Goiânia, Procuradoria Geral de Justiça, o Ministério Público Estadual, o Tribunal de Justiça, o Conselho Regional de Psicologia, o Fórum Goiano de Saúde Mental, as clínicas psiquiátricas, entre outras instituições<sup>108</sup>.

Salienta-se que, assim como o judiciário, o Ministério Público atuará como órgão fiscalizador tanto do procedimento judicial como do tratamento dispensado aos pacientes pelas clínicas psiquiátricas e do regular funcionamento do PAI-LI.

O PAI-LI é reconhecido nacionalmente como referência no trato das medidas de segurança e rendeu ao seu idealizador, o promotor de Justiça Haroldo Caetano da Silva, o Prêmio INNOVARE no ano de 2009, na categoria Ministério Público<sup>109</sup>.

#### **4.7 A NECESSIDADE DE IMPLANTAR PROGRAMAS SEMELHANTES AO PAI-PJ E AO PAI-LI EM OUTROS ESTADOS BRASILEIROS.**

As experiências do PAI-PJ e do PAI-LI demonstraram que é possível o tratamento daqueles que, influenciado por transtornos mentais cometem infrações penais, fora dos Hospitais de custódia e Tratamento Psiquiátrico.

A experiência mineira, em especial, revela a eficácia da implantação de projetos de atenção integral ao paciente judiciário. Tal eficácia é observada analisando os resultados obtidos pela implantação do PAI-PJ em Minas gerais.

De acordo com os dados do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, no ano de 2010, dos 799 casos trazidos para atendimento junto ao PAI-PJ, 553 foram arquivados e, somente, 246 ficaram ativos, sendo que 70% destes estavam cumprindo medida de segurança em casa, junto de seus familiares, trabalhando ou estudando, 23% estavam em regime de internação e 7% estavam internados na Rede Pública de Saúde<sup>110</sup>.

---

<sup>108</sup> SILVA, H. C. **Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança: informações gerais**. Goiânia: Ministério Público do estado de Goiás, 2009. p. 11. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/outros/cartilha-PAILI.pdf>. Acesso em 09 de dez. 2015.

<sup>109</sup> A constatação de que o PAI-LI recebeu o prêmio INNOVARE pode comprovada pela site oficial do Instituto Innovare: <http://www.premioinnovare.com.br/praticas/paili-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator/>

<sup>110</sup> Tais dados foram retirados do site do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, conforme link: [http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/resultados.html](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html).

Ainda, segundo dados do TJ-MG, o índice de reincidência dos indivíduos que receberam acompanhamento do programa é praticamente zero, sendo que nenhum dos pacientes condenados pela prática de crime violento voltou a cometê-lo.

Os resultados alcançados pelos programas PAI-PJ e PAI-LI são gratificantes, vez que permitem desmitificar o doente mental, demonstrando que este é um ser humano digno de direitos que merecem ser respeitados.

Diante desses resultados, resta claro que programas semelhantes ao PAI-PJ e ao PAI-LI, de atenção integral ao “louco infrator”, precisam ser implantados em outras regiões do Brasil.

Salienta-se que tais programas de atenção integral dar-se-ão de modo intersetorial, ou seja, para que a implantação seja possível, faz-se necessário o apoio e a cooperação de inúmeros setores, tais como, o Judiciário, o Ministério Público e o Executivo.

A implantação de tais programas nos Estados brasileiros, além de ser um meio eficaz de tratar o portador de doença mental que cometeu injustos penais, também permite que os Estados cumpram as diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica, vez que tais programas visam humanizar o atendimento ao portador de doença mental.

Ademais, a reinserção social dos portadores de doença mental que cometem injustos penais somente será alcançada quando, o paciente judiciário, possa contar com um programa complexo e multifacetado, no qual respeite sua diversidade e, mais que isso, trate-o como um sujeito de direito que tem voz e que cria relações de convivência.

Salienta-se que, por exemplo, em 2006, o Brasil destinou, aproximadamente, cerca de 2% do orçamento total dos recursos do Ministério da Saúde na saúde mental, ou seja, apenas 2% de 8,4% do PIB que o país investe na saúde<sup>111</sup>. Entretanto, a maior parte desses recursos são investidos em hospitais psiquiátricos, sobrando uma pequena parcela desses recursos para ser destinados aos investimentos e ao custeio dos serviços substitutivos.

O quadro abaixo compara o volume total de gastos em saúde mental por unidade da federação, e o percentual correspondente à assistência extra-hospitalar.

---

<sup>111</sup> MATEUS, M. D. (org). **Políticas de saúde mental. Baseado no curso políticas públicas de saúde mental do CAPS Luis R. Cerqueira**. Governo do Estado de São Paulo Secretária de Saúde. p. 234. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas\\_de\\_saude\\_mental\\_capa\\_e\\_miolo\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf). Acesso em 09 de dez. 2015.

UF	Gastos com internações hospitalares	Gastos com recursos extra-hospitalares	%
RO	255.984	0	0,00%
AC	162.611	0	0,00%
AM	740.023	0	0,00%
RR	0	0	0,00%
PA	735.172	720.687	49,50%
AP	32.032	0	0,00%
TO	1.397.544	366.933	20,80%
MA	8.698.791	2.258.761	20,61%
PI	4.520.062	918.375	16,89%
CE	9.220.127	2.603.764	22,02%
RN	8.478.894	770.791	8,33%
PB	8.538.848	1.471.663	14,70%
PE	32.637.082	1.216.229	3,59%
AL	9.432.342	950.077	9,15%
SE	3.221.566	290.041	8,26%
BA	19.674.201	1.881.782	8,73%
MG	38.661.740	7.379.133	16,03%
ES	6.073.326	457.525	7,01%
RJ	79.619.854	4.387.014	5,22%
SP	133.887.961	12.763.391	8,70%
PR	8.180.083	3.435.194	8,22%
SC	12.797.266	859.529	9,51%
RS	1.814.133	1.601.982	11,13%
MS	3.650.969	126.225	6,51%
MT	3.650.969	965.909	20,92%
GO	16.268.807	749.679	4,41%
DF	2.037.797	549.355	21,23%
<b>TOTAL</b>	<b>449.083.451</b>	<b>46.724.039</b>	<b>9,42%</b>

112

O processo de reforma psiquiátrica iniciada nos anos 70 precisa ser retomado o quanto antes. Para isso, é necessário que haja uma reestruturação financeira, ou seja, é imprescindível que haja um redirecionamento das verbas destinadas para as internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos para os serviços substitutivos.

Somente assim, programas semelhantes ao PAI-PJ e ao PAI-LI poderão ser implantados em outras regiões brasileiras e, portanto, dessa forma, diminuir as graves violações aos direitos humanos dos portadores de doença mental que, atualmente, não possuem voz diante do isolamento que estão submetidos nos manicômios judiciários.

<sup>112</sup> Tabela conforme: Equipe técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde. **O Ministério da Saúde e a Saúde Mental no Brasil: panorama da última década**. III CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. CADERNO DE TEXTOS. Brasília: dezembro de 2001. p. 17 a 18.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Antes que você torça o nariz e sinta náuseas diante das faces grotescas e corpos arruinados pelos hospícios e pela vida, saibam que pelo avesso, eles falam de beleza, saúde, alegria, bem-estar e esperança. Compare-se a estas pessoas (sim, são pessoas, membros da nossa espécie -homo sapiens- gerados em ventres humanos) e descubra que a sua ocasional infelicidade, é insignificante, que sua ligeira depressão é frescura, que suas rugas são lindas e que o mundo chato em que você vive é o paraíso. Estes infelizes, existem para lembrá-lo que sua felicidade é mais real do que você imagina. Sinta-se igual a eles. Você é apenas o outro lado da moeda...<sup>113</sup>

Medidas de segurança, muito embora alguns defendam o seu caráter meramente preventivo, o *modus operandi* revela que, na verdade, tal objetivo, na grande parte dos casos, não é alcançado. As pessoas para as quais essas medidas são destinadas precisam de tratamento médico e, além disso, necessitam de atenção especial e integral.

As medidas de segurança são reservadas para aqueles que cometem injustos penais em razão de sofrimento mental. Tais medidas, assim como ocorre com as penas, são cumpridas, teoricamente, em estabelecimentos propícios para esse fim.

Os locais que seriam teoricamente propícios à realização das medidas de segurança são os Manicômios Judiciários ou, após a reforma penal ocorrida em 1984, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, entretanto, seja pelo caráter estritamente de isolamento ou pelos tratamentos cruéis e desumanos que os doentes mentais infratores ficam submetidos, tais locais apenas demonstram a realidade indigna desses indivíduos.

Ao portador de transtorno mental que cometeu um injusto penal, diante dessa realidade, até a reforma psiquiátrica, apenas restava-lhe o destino de submissão aos ditames de uma instituição que, encoberta por funções hospitalares e terapêuticas, objetivava apenas segregar aqueles que supostamente representariam perigo para a sociedade.

O Hospício de Barbacena foi o grande exemplo de que tais locais apenas retiram a individualidade do ser humano. Nestes ambientes, onde todos são tratados iguais, retira-se o caráter humano dessas pessoas, considerando-os apenas corpos despejados por familiares nestas instituições.

---

<sup>113</sup> Edson Brandão, artista barbacenense. Texto encontrado ao lado das fotos do hospício de Barbacena no museu de Barbacena.

A repórter Daniela Arbex no livro-reportagem “Holocausto Brasileiro” revela as atrocidades que instituições com características asilares podem causar ao ser humano. A repórter, ao documentar as atrocidades ocorridas no hospício, transforma em memória um genocídio, até então esquecido, cometido pelo Estado brasileiro, com a conivência de médicos, funcionários e da sociedade.

O genocídio ocorrido no hospício de Barbacena, ao ser revigorado pela repórter, transforma-se em exemplo de tratamento desumano. Neste sentido, olhar para o passado é aprender com a história, reconhecendo a necessidade de produzir mudanças.

Portanto, é necessário que o modelo manicomial seja banido.

A memória das atrocidades ocorridas no hospício de Barbacena precisa relembraada sempre quando houver a necessidade de mostrar que o isolamento não traz nenhum benefício ao paciente.

Fato é que as atrocidades cometidas no hospício de Barbacena permitiram que os olhares fossem voltados aos portadores de doença mental. Tais atrocidades impulsionaram a reforma psiquiátrica iniciada entre as décadas de 70 e 80.

Estes não podem ser isolados, como se fossem pessoas indesejáveis. O portador de doença mental, assim como qualquer cidadão, merece ter respeitado seus direitos!

Os portadores de doença mental, em especial, aqueles que cometem injustos penais, precisam receber tratamentos dignos que objetivem a convivência social e não a segregação.

Fornecer tratamento digno aos portadores de doença mental é mais que um objetivo, é, na verdade, um dever, tanto da sociedade como um todo, como do Estado.

Partindo dessa realidade, no mínimo incoerente, entre a necessidade de fornecer um tratamento digno e eficaz a esses indivíduos e a forma como as medidas de segurança eram executadas, em 2001, foi implantado no Tribunal de justiça de Minas Gerais o PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário -.

O PAI-PJ, por meio de uma equipe multidisciplinar, formada por psicólogos, assistentes sociais, jurídicos e estagiários, com o intuito de reinserir o portador de

doença mental ao meio social, fornece subsídio à autoridade judicial quando da aplicação das medidas de segurança.

O PAI-PJ intervirá naqueles processos criminais que tenham incidentes de insanidade mental. O programa, ao apresentar um projeto individualizado para cada paciente judiciário, possibilita que sejam regatados a cidadania desse indivíduo e o seu reconhecimento como sujeito de direitos.

O portador de transtorno mental, assim como qualquer ser humano, não quer ficar trancado em uma instituição asilar, ele quer poder ver seus direitos respeitados e, principalmente, quer ser reconhecido como um ser humano digno de amor e respeito. O doente mental, como cantado pelos Titãs, não quer só comida, quer comida, diversão e arte.

O Programa PAI-PJ atuando de forma individualizada desfaz a lógica "pena de reclusão-internação", vez que cada caso é analisado segundo as particularidades do indivíduo, com o intuito de conjugar tratamento, responsabilidade e inserção social.

O isolamento, através da internação, é colocado em segundo plano, sendo determinada apenas nos casos de crise, sendo esta realizada na Rede Pública de Saúde. Com isso, impede que haja a mera institucionalização do louco infrator, possibilitando a esse indivíduo um tratamento eficaz e efetivo.

O paciente judiciário recebe do PAI-PJ todo o acompanhamento terapêutico necessário para sua ressocialização. Assim, o processo de inserção social é realizado em meio aberto, ou seja, juntamente com a sociedade como um todo, sendo que aos pacientes que não se sentem seguros para encarar sozinhos, quando do recebimento de alta, a realidade da saída, o Programa, através do método denominado de liberdade vigiada, auxilia esse indivíduo, vez que um estagiário de psicologia passa a acompanhar o indivíduo pela cidade, até que ele se sinta seguro para seguir sozinho seu caminho.

A reinserção desses indivíduos no convívio social, trazida pelo PAI-PJ, permite que a segregação, até então utilizada pelo HCTPs, ceda lugar para o tratamento, ou seja, o estigma da periculosidade é desmascarado, permitindo assim, que os direitos dos portadores de doença mental sejam respeitados.

O PAI-PJ e programas semelhantes deram a possibilidade de que o portador de doença mental que cometeu um delito seja ouvido, portanto, seja reconhecido

como sujeito de direitos, como um cidadão, e não apenas como mero objeto de intervenção.

Desse modo, o PAI-PJ vem alcançando resultados extremamente satisfatórios como ficam demonstrado com o índice de reincidência zero, e, ainda, comprovou, mais uma vez, que a mera segregação não pode, nem nunca poderá ser, a solução para o portador de sofrimento mental que cometeu um injusto penal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Agenda conjunta de atendimento a pacientes judiciários. Disponível em:  
<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/60375-definida-agenda-conjunta-para-melhorar-atendimento-a-pacientes-judiciarios>. Acesso em 09 de dez. 2015

AMORIM, D. et al. **Histórias da Loucura**. Série: Casos de Loucura. Disponível em:  
<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Sa%C3%BAde%20Mental/CASOS%20DE%20LOUCURA.pdf>.

BARROS E SILVA, M.C. **Repensando os Porões da Loucura. Um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena**. Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de História da Universidade Federal de Minas Gerais em 2008. p. 35. Apud VANESSA, B. F. “O processo de reforma psiquiátrica no município de Barbacena - MG no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da “Cidade dos Loucos””. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. p. 39. Disponível em:  
[http://arca.iciet.fiocruz.br/bitstream/iciet/2476/1/ENSP\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Fassheber\\_Vanessa\\_Barreto.pdf](http://arca.iciet.fiocruz.br/bitstream/iciet/2476/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Fassheber_Vanessa_Barreto.pdf). Acesso em 09 de dez. 2015.

BITTENCOURT, C. R. **Tratado de Direito Penal, volume I: parte geral**. 17ª ed. ver. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2012.

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

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Vade Mecum legislação selecionada para OAB e concursos/coordenação**. 7ª ed. ver., ampl. e atual.. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Vade Mecum legislação selecionada para OAB e concursos/coordenação**. 7ª ed. ver., ampl. e atual.. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2015.

BUSATO, P. C. **Direito Penal: parte geral**. 2.ed. São Paulo:Atlas, 2015.

DE BARROS-BRISSET, F. O. **Relatos da experiência da pesquisa com os pacientes judiciários**. Belo Horizonte: Mimeo, 1999.

\_\_\_\_\_. **Por uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

\_\_\_\_\_. **Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte**. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. vol.20 no.1 São Paulo abr. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000100016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100016);

Débora D. Filme “**A casa dos mortos**”. Disponível em: <http://www.acasadosmortos.org.br/#>. Acesso em 09 de dez. 2015.

DEVERA, D. et.al. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: **Transformações na legislação, na ideologia e na práxis..** Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007.

Documentário “A casa dos mortos”. Disponível em: <http://www.acasadosmortos.org.br>>. Acesso em 06/12/2015.

Equipe técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde. **O Ministério da Saúde e a Saúde Mental no Brasil: panorama da última década**. III CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. CADERNO DE TEXTOS. Brasília: dezembro de 2001.

Documentário do **Colônia Juliano Moreira: 80 anos: história, política e loucura**. Disponível em: <http://coolplay.tk/watch/lfthcmFmv6E>>. Acesso em 09 de set. 2015.

MATEUS, M. D. (org). **Políticas de saúde mental. Baseado no curso políticas públicas de saúde mental do CAPS Luis R. Cerqueira**. Governo do Estado de São Paulo Secretária de Saúde. p. 234. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas\\_de\\_saude\\_mental\\_capa\\_e\\_miolo\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf)>. Acesso em 09 de dez. 2015

FIRMINO, H. **Os porões da Loucura**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

Fundação Hospitalar Do Estado De Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/en/atendimento-hospitalar/complexo-de-saude-mental/centro-hospitalar-psi-quiatrico-de-barbacena>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

GALVÃO, F. **Direito Penal: parte geral**. 5 ed. ver, atual e ampl. São Paulo: Saraiva. 2013.

Instituto Innovare. Disponível em: <<http://www.premioinnovare.com.br/praticas/paili-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator/>> Acesso em 09 de dez. 2015.

Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN- Junho de 014. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf> (ver especialmente)>. Acesso em: 09 dez. 2015.

LIMA, V. B. O. et al. **Reforma Psiquiátrica E Políticas Públicas De Saúde Mental No Brasil: Resgate Da Cidadania Das Pessoas Portadoras De Transtornos Mentais**. Disponível em: <[http://www.fa7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi\\_encontro/REFORMA\\_PSIQUIATRICA\\_E\\_POLITICAS\\_PUBLICAS\\_DE\\_SAUDE\\_MENTAL\\_NO\\_BRASIL.pdf](http://www.fa7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/REFORMA_PSIQUIATRICA_E_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE_MENTAL_NO_BRASIL.pdf)>. Acesso em 09 de dez. 2015.

PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator). Disponível em: <[http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/)>. Acesso em junho de 2015.

PERON, Paula Regina. **A trágica história do Hospital Psiquiátrico Colônia**. Psic. Rev. São Paulo, volume 22, n.2, 261-267, 2013. Revista Eletrônica. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/17993-45259-1-SM.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2015>.

PEREIRA, Lucimar. **Histórico do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena**. Disponível em: <[http://www.museudapsiquiatria.org.br/predios\\_famosos/exibir/?id=1](http://www.museudapsiquiatria.org.br/predios_famosos/exibir/?id=1)>. Acesso em: 09 dez. 2015.

RATTON, H. Documentário “**Em nome da razão**”. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Em\\_Nome\\_da\\_Razao\\_1/95](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Em_Nome_da_Razao_1/95)>. Acesso em 09 de dez. de 2015.

SANT'ANNA, T. C. de. et al. **A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. Revista Psicol. cienc. prof. vol.26 no.3 Brasília Sept. 2006 Disponível em:** <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932006000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000300004)>. Acesso em 09 de dez. 2015.

SANTANA, A. F. F. de A. et al. **Direito e saúde mental: percurso histórico com vistas à superação da exclusão.** Psicol. rev. (Belo Horizonte) vol.17 no.1 Belo Horizonte abr. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682011000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000100004)>. Acesso em 09 de dez. 2015.

SANTOS, J. C. dos. **Direito Penal: parte geral.** 2 ed. rev e ampl. Curitiba: Lumen Juris ICPC. 2007.

SILVA, H. C. **Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança: informações gerais.** Goiânia: Ministério Público do estado de Goiás, 2009. Disponível em: <<http://www.crpssp.org.br/interjustica/pdfs/outros/cartilha-PAILI.pdf>>. Acesso em 09 de dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili,** 2010. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v20n1/15pdf>>, última visualização no dia 15 de outubro de 2015.

STF - RE: 628646 DF, Relator: Min. CÁRMEN LÚCIA, Data de Julgamento: 26/08/2010, Data de Publicação: DJe-166 DIVULG 06/09/2010 PUBLIC 08/09/2010. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=3936410>>. Acesso em 09 de dez. 2015.

Tribunal de Justiça do estado de Minas Gerais. Disponível em <[http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/resultados.html](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html)>. Acesso em 09 de dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Projeto novos rumos. Disponível em: <[http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/)>. Acesso em junho de 2015.

ZGIET, J. **Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar?. p. 321.** Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97,

p. 313-323, abr./jun. 2013. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a13.pdf>>. Acesso em 09 de dez. 2015.

**YASUI, S. RUPTURAS E ENCONTROS: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.