

PRISCILLA DE SOUZA FERREIRA

A EFETIVIDADE DA LEI DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL:  
POLÍTICA PÚBLICA E VONTADE POLÍTICA

BRASÍLIA

2014

PRISCILLA DE SOUZA FERREIRA

A EFETIVIDADE DA LEI DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL:  
POLÍTICA PÚBLICA E VONTADE POLÍTICA

Monografia para conclusão do curso de Direito, na Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais-FAJS, da Universidade Centro de Ensino Superior de Brasília-UNICEUB, sob orientação do Professor Ivan Cláudio Pereira Borges.

BRASÍLIA

2014

PRISCILLA DE SOUZA FERREIRA

A EFETIVIDADE DA LEI DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL:  
POLÍTICA PÚBLICA E VONTADE POLÍTICA

Monografia para conclusão do curso de  
Direito, na Faculdade de Ciências  
Jurídicas e Sociais-FAJS, da  
Universidade Centro de Ensino Superior  
de Brasília-UNICEUB, sob orientação do  
Professor Ivan Cláudio Pereira Borges.

BRASÍLIA, 2014

BANCA EXAMINADORA:

---

---

---

## RESUMO

Esta pesquisa analisa possíveis consequências prático-jurídicas resultantes da alteração à lei de salvaguardas, Lei de Reforma Psiquiátrica, a portadores de transtorno mental em conflito com a lei. Intentou-se por meio de um demonstrativo da legislação e do âmbito social da questão observar a consequente situação resultante de sua implementação. Para tal, estruturou-se a pesquisa em capítulos, onde foram observados os institutos jurídicos e o contexto histórico da legislação, com prioridade aos aspectos político e legal. Neste sentido a conclusão que se constata quanto da implementação da Lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil é pela permanência de incongruências no ideal de plena implementação, encontrando-se exemplos positivos e outros estáticos quanto ao processo de mudança intentado pela legislação. Não obstante a isto, nota-se que o fator determinante para a implementação legal é o da vontade do poder político, portanto acredita a autora ser este um estudo que ainda não satisfará a possibilidade de novas pesquisas e outras vertentes de conhecimento na própria ceara do saber jurídico.

**Palavras-chave:** Consequência. Internação. Lei. Psiquiatria. Reforma.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	1
2. CAPITULO I.....	3
2.1 LOUCURA E PRISÃO: UMA ABORDAGEM FOUCAULTIANA .....	3
2.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA .....	5
2.3 DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO .....	11
3.CAPITULO II .....	21
3.1 A GÊNESE DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA ATUAL .....	21
3.2 A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	25
4.CAPITULO III .....	32
4.1 PROBLEMAS DE IMPLEMENTAÇÃO: A QUESTÃO LEGAL E A VONTADE POLÍTICA.....	32
4.2 EXPERIÊNCIAS POSITIVAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA LEI 10.216/01.....	37
5. CONCLUSÃO .....	47
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	49

## INTRODUÇÃO

É extremamente importante a inserção da discussão da loucura na dimensão jurídico política, pois com a construção e modificação das normas jurídicas (Leis, Decretos, Portarias) que dizem respeito à pessoa com transtorno mental, por vezes, criamos processos de exclusão.

A legislação brasileira atual determina que o Ministério Público é o órgão responsável pela ação de controlar e fiscalizar as internações existentes no país, nesse aspecto observam-se a implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica que ao extinguir com a instituição de modelo asilar conhecida como Manicômio, não referenciou-se as instituições de mesma natureza com caráter jurídico.

São as premissas deste trabalho analisar a situação do portador de transtorno mental em conflito com a lei a partir das mudanças ocorridas em função da nova política assistencial de saúde mental que foi instituída pela Lei Nº 10.216/01, visto que o problema de pesquisa é a efetividade da implementação da referida lei.

Intencionando saber se os direitos previstos nessa lei estão sendo assegurados aos portadores de transtornos mentais autores de delitos submetidos à medida de segurança nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o conteúdo deste trabalho será dividido em capítulos descritivos e analíticos quanto aos institutos jurídicos e o contexto histórico da legislação, com prioridade aos aspectos político e legal da implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Optou-se por uma pesquisa teórico-descritiva referenciada pela lei e a jurisprudência, não obstante procurou-se o conhecimento empírico, onde foi possível, para que a construção deste saber, fosse embasada em constatações da realidade à refutar ou comprovar as hipóteses levantadas através da teoria científica apresentada.

Nota-se que o ideal de plena efetividade somente será alcançado com política pública e vontade política, no entanto a pesquisa não tem como objetivo mudanças na realidade, almeja-se apenas um acréscimo de conhecimento, aprofundando e abrangendo os conceitos e teorias.

Portanto, é imperativo uma análise crítica acerca da situação do manicômio judiciário brasileiro na atualidade e das políticas de atendimento à saúde

mental que estão sendo desenvolvidas nas instituições voltadas ao tratamento e reabilitação social do louco infrator.

Objetivando demonstrar a efetividade da Lei, através dos impactos de sua implementação que estão relacionados diretamente com a questão da política pública.

## **CAPÍTULO I**

### **LOUCURA E PRISÃO: UMA ABORDAGEM FOUCAULTIANAS**

Foucault colocou de uma forma original a relação que a história mantém com o presente elaborando um discurso heterodoxo sobre o poder e a autoridade, o que foi importante para novas ações em políticas públicas no mundo. Em sua concepção, o surgimento da Declaração dos Direitos do Homem, ao proteger o direito à liberdade, estabeleceu os grandes princípios da reforma penal e, mesmo sem os declarar expressamente, suscitou a necessidade de reforma das prisões (MACHADO,1981).

Quanto a transformação do hospital numa instituição medicalizada a partir da ação sistemática e dominante da disciplina, da organização e esquadramento é constatada por Foucault, que descreve o período da "grande internação" como o momento em que a loucura transformou-se em questão social, passando a ser regulada e contida numa instituição. Não se tratava de um reconhecimento positivo da loucura, nem de um tratamento mais humano dos alienados, mas de uma meticulosa operação na qual confluem pela primeira vez o pensamento médico e a prática do internamento (FOUCAULT, 2005).

O fenômeno da loucura sempre se encontrou em uma estrutura onde se integram a segregação social, a exclusão e a recusa, ao pensamento da sociedade. Pensar a loucura é analisar o que é rejeitado e excluído. Por vezes se teve como critério a perspectiva econômica, a razão/desrazão, eram uma questão de ser ou não apto ao trabalho e isso dizia o quanto se era um ser social, determinava ou não sua capacidade como indivíduo. Nesse contexto a exclusão do louco era justificada junto aos outros tantos inaptos e marginalizáveis. (FOUCAULT, 2001).

O internamento inicialmente era uma questão a ser decidida pela família, com o advento do saber tecnocientífico, passou-se a necessitar de um atestado médico. Internado o louco deixava de ser um sujeito de direitos. A instituição abrigava a todos os ociosos da sociedade, além dos enfermos, prostitutas, velhos.



Quando a psiquiatria reconhece e redefine a loucura, a ciência liberta dessas instituições os que ainda eram aptos a produzirem em sociedade, pois o intuito principal era o desenvolvimento capitalista que necessitava do proletariado para sobreviver. Foucault, observa que na verdade a psiquiatria buscou tardiamente a medicalização da loucura, foi apenas uma abertura, na medida que "... nossa sociedade continua excluindo os loucos"(FOUCAULT, 2005, p. 267).

Das instigações foucaultianas desenvolveram-se teses relativas a segregação e a exclusão, operadas pela sociedade através do exercício do poder que estas instituições tem sobre seus internos. Notam-se as similaridades entre as instituições que encarceram e internam as pessoas alheio a suas próprias vontades, justificadas ou não por um poder social, soberano, ou científico, e os aspectos que norteiam esses poderes (MACHADO,1981).

Nos asilos, manicômios, uma forma de poder repressivo, nas prisões um poder disciplinar, porém sempre uma constante sujeição dos sujeitos ao imperativo econômico e social em que se encontram sujeitados.

Essas instituições sempre foram palco da dominação de todas as variações de poder conjecturados pelo o homem, na maioria das vezes exercidas através da sujeição física, mas tarde moral na alma do aflito. O problema no entanto não é a instituição, no modelo que lhe seja atribuído, para Foucault o problema está em "oferecer uma crítica do sistema que explique o processo pelo qual a sociedade atual impele para a margem uma parte da população" (FOUCAULT 2000, p. 296). Ou seja, o que temos que analisar são os processos de exclusão produzidos pela sociedade, com os quais impreterivelmente ela retorna a se confrontar, a relação de uma cultura com aquilo que ela mesma excluí.

Quando questionado sobre o fracasso do Sistema Penitenciário Foucault (2000, p.24) prontamente responde:

"o sistema penitenciário, quer dizer, o sistema que consiste em internar pessoas, sob uma fiscalização especial, em estabelecimentos fechados, até que ela se emendem - isso é ao menos o que se supõe -, fracassou totalmente. Esse sistema faz parte de um sistema mais vasto e mais complexo que é, se o senhor quiser, o sistema punitivo: as crianças são punidas, os alunos são punidos. (...) Enfim, se é punido durante toda a vida. E o somos por um certo número de coisas que não são mais as mesmas que no século XIX. Vive-se dentro de um sistema punitivo. É isso o que se deve pôr em questão. A prisão, em si mesma, não é senão uma parte do sistema punitivo."

Foucault analisou os sistemas de encarceramento da sociedade através de um historicismo denunciante de ilegalismos existentes, observou a disciplina sobre os corpos, sobre a alma. Das instituições a forma social de poder e suas condições de funcionamento, que se relacionavam intrinsecamente com a economia do processo histórico. (FOUCAULT 2001).

No contexto atual esse olhar ainda pode orientar as decisões sociais que permeiam o direito, em uma perspectiva de análise de cada signo inconfessável que produzimos e aos quais invariavelmente nos rebelamos ou iremos fazê-lo. Para que na prática sejamos menos autores de desigualdades e outros processos excludores. Sejam instrumentos fomentadores da dignidade humana e da manutenção de ideais socialmente mais justos, principalmente como operadores do direito.

## **CONSIDERAÇÕES ACERCA DO INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA**

A medida de segurança surgiu como um meio alternativo de contenção das práticas criminosas dos indivíduos considerados nocivos à sociedade.

Fazendo uma incursão histórica, podemos verificar o aparecimento das medidas de segurança em tempos remotos, embora ainda não apresentasse a estrutura que possuem atualmente. Na antiguidade existiam dispositivos de caráter preventivo, que não se assemelhavam às penas e que tinham como objetivo prevenir o cometimento de crimes (ANANDRADE, 2004).

O instituto teve sua primeira codificação no Código Penal suíço, em 1893 e, posteriormente, no Código Penal português, em 1896, no da Noruega, em 1902, da Argentina, em 1921, e no italiano, em 1930 (ANDRADE, 2004). O Código Penal italiano reunia a pena e a medida de segurança, afirmando que esta última tinha caráter preventivo e não se confundia com a pena; as medidas de segurança eram medidas de prevenção e assistência social relativamente ao estado perigoso daqueles que, sendo ou não penalmente responsáveis, praticavam ações previstas na lei como crime (COHEN, 2006a; CORRÊA, 1999).

A origem da medida de segurança se encontra na Escola Positiva do Direito Penal. Esta Escola negava a distinção entre imputáveis e imputáveis, afirmando que a sociedade não deveria punir, mas defender-se através de medidas de segurança contra aqueles que se manifestam perigosos (CORRÊA, 1999). Assim, a medida de segurança foi criada como mecanismo de defesa social, objetivando um regime de segurança com o fim de defesa da sociedade. As suas bases conceituais emergem da noção de periculosidade e da concepção de prevenção social (ALVIM, 1997).

A medida de segurança é uma medida jurídica direcionada aos imputáveis e semi-imputáveis diante da prática de ato infracional penal, na qual se considera a periculosidade ao determinar a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, na falta desse, em outro estabelecimento adequado, ou sujeição a tratamento ambulatorial.

São regulamentadas no Código Penal Brasileiro, nos artigos 96 à 99, sendo que o artigo 26 do referido ordenamento esclarece que o imputável é isento de pena, conforme descreve 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; afirmando em seu parágrafo único a possibilidade de redução da pena de um a dois terços aos que em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não o era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou ainda determinar-se de acordo com esse entendimento.

O Código Criminal do Império prescrevia que os insanos deveriam ser entregues às suas famílias ou internados em casas especialmente destinadas a acolhê-los, mesmo destino lhes foi deferido no Código Penal de 1890, que também não fez referência aos semi-imputáveis, incluindo-os dentre aqueles que se achavam completamente turbados de inteligência no momento do crime. Virgílio de Sá Pereira diante das tentativas de elaboração do código Republicano, que iniciaram em 1893, foi o primeiro a reconhecer expressamente a responsabilidade diminuída ou atenuada, utilizava-se do sistema duplo binário. (ALVIM, 1997).

Existem três sistemas de direito quanto à aplicação das medidas de segurança. O Sistema do Duplo Binário, usado na redação pretérita do Código Penal Brasileiro de 1940 onde a pena vincula-se à culpabilidade e a medida de segurança

à periculosidade, possibilitando a imposição cumulativa da pena e da medida de segurança.

Os imputáveis também eram suscetíveis às medidas de segurança, visto que nesta redação, eram incluídas como medidas de segurança a liberdade vigiada, proibição de frequentar determinados lugares e exílio local, nas quais eram consideradas medidas de segurança não-detentivas, como também a internação em colônia agrícola, instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional, além da internação em manicômio judiciário para os imputáveis, que eram classificadas como medidas de segurança detentivas (PRADO,2004).

No Sistema Monista têm-se a associação da pena à culpabilidade e da medida de segurança à segurança; a absorção da medida de segurança pela pena; e a unificação das penas e das medidas de segurança em outra sanção distinta, com duração mínima proporcional à gravidade do delito e máxima indeterminada, tendo a execução ajustada à periculosidade do infrator com fins de readaptação social (DOWER,2006).

Em prática no nosso Código Penal a partir da reforma de 1984 o Sistema Vicariante, difere do sistema dualista, pela qual determina a aplicação de pena reduzida, e um a dois terços, ou medida de segurança aos semi-imputáveis, não podendo haver cumulação entre ambas.

Findou-se a divisão das medidas de segurança entre pessoais e patrimoniais restaram somente a internação em hospital de custódia e o tratamento ambulatorial, ficando, portanto, a divisão entre detentivas e não-detentivas respectivamente, ou seja, foi abolida a imposição de medida de segurança aos imputáveis, uma vez que as medidas de segurança a que se submetiam passaram a ser condições do livramento condicional impostas pelo juiz e assistência ao preso, como dever do Estado, constante no capítulo II da Lei 7.210 de 1984 - Lei das Execuções Penais (Caetano, 2006).

Nota-se que a redação do artigo 26 da nova parte geral do Código Penal é literalmente idêntica à do antigo artigo 22 do texto original de 1940, entretanto acrescenta uma alteração que permite aos casos de semi-imputabilidade, a substituição da pena pela medida de segurança.

Muitos autores não vislumbram na medida de segurança uma típica sanção penal, afirmando que ela não possuiria natureza punitiva e sim preventiva. Na prática vê-se, contudo, que o discurso apenas disfarça sua natureza punitiva sob

a idéia de uma sanção terapêutica, pois a medida de segurança consiste substancialmente numa medida excludente que se propõe a afastar o louco perigoso da sociedade.

Medida de segurança é tratamento, submetido o autor de ato infracional com o fim de curá-lo ou, no caso de tratar-se de portador de doença mental incurável, de torná-lo apto a conviver em sociedade .

Para a imposição de medida de segurança ao inimputável ou semi-imputável, deve o juiz, sempre que possível dar preferência ao tratamento ambulatorial, determinando a internação somente "*quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes*" (art. 4º, *caput*). De tal sorte, mesmo que o fato seja punível com reclusão, deve o juiz preferir o tratamento ambulatorial, diversamente do que prevê o art. 97 do CP.

O prazo mínimo da medida de segurança será de 1 a 3 anos e deve, necessariamente, constar na sentença. Ultrapassado o prazo fixado em sentença, será o sujeito submetido ao "exame de cessação de periculosidade". Constatada a manutenção da periculosidade, será o indivíduo submetido a novo exame após um ano.

Quanto ao exame da periculosidade, no parágrafo 2º do artigo 97 do Código Penal, se estabelece que a perícia médica para certificação da cessação da periculosidade será realizada ao fim do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se assim determinar o juiz da execução. O juízo pode determinar o exame ex-officio, e a repetição do exame a qualquer tempo, desde que decorrido o prazo mínimo é o que determina a LEP, art. 175, V.

Em exceção à regra, dentro do prazo mínimo, pode ser realizado o exame mediante provocação do parquet ou do interessado, seu procurador ou defensor – mas nunca de ofício.

O exame, deve ser remetido ao juiz pela autoridade administrativa competente, em forma de minucioso relatório instruído com laudo psiquiátrico, em virtude de ser o diagnóstico da periculosidade tarefa difícil e imprecisa, pois a classificação das doenças que causam os transtornos mentais para que se possam aferir o que seria apenado ou não, é de difícil resolução para o aplicador do Direito.

Além deste fato, a divisão da aplicação das medidas de segurança para os inimputáveis e das penas aos semi-imputáveis se torna um problema de ordem prática, na medida que não se pode querer tratar alguém que sofre de um retardo

mental e expô-lo ao cumprimento de pena da mesma forma e local de presos comuns, o que seria extremamente prejudicial a todos, inclusive em uma abordagem social desta questão (PITTA & DALLARI,1992).

Entretanto, sendo comprovada pela perícia a cessação da periculosidade, o juiz da execução determinará a revogação da medida de segurança, parte da doutrina entende que neste caso, ocorre a suspensão da medida de segurança, uma vez que só será realmente revogada depois de transcorrido um ano sem que o agente pratique fato indicativo de persistência da periculosidade conforme consta no artigo 97, § 3º, Código Penal.

Quanto ao prazo máximo, não há referência no Código Penal, portanto, deve o internado ficar no estabelecimento até ser curado; contudo a posição do Superior Tribunal de Justiça – STJ: “A Constituição veda pena de caráter perpétuo. Portanto, o prazo máximo será equivalente ao máximo da pena cominada (pena em abstrato)”, exemplo disto encontra-se na ementa da Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA<sup>1</sup>:

“HABEAS CORPUS. PENAL. EXECUÇÃO PENAL. MEDIDA DE SEGURANÇA. PRAZO INDETERMINADO. VEDAÇÃO CONSTITUCIONAL DE PENAS PERPÉTUAS. LIMITE DE DURAÇÃO. PENA MÁXIMA COMINADA IN ABSTRATO AO DELITO COMETIDO. PRINCÍPIOS DA ISONOMIA E DA PROPORCIONALIDADE. ORDEM CONCEDIDA. 1. A Constituição Federal veda, em seu art. 5º, inciso XLII, alínea b, penas de caráter perpétuo e, sendo a medida de segurança espécie do gênero sanção penal, deve-se fixar um limite para a sua duração. 2. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, à luz dos princípios da isonomia e da proporcionalidade. 3. Ordem concedida para declarar extinta a medida de segurança aplicada em desfavor da paciente, em razão do seu integral cumprimento.”

A posição do Supremo Tribunal Federal – STF: “A Constituição veda pena de caráter perpétuo. Portanto, o prazo máximo será de 30 anos, corroborando isto o posicionamento da Min. CÁRMEN LÚCIA<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> (STJ , Relator: Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA, Data de Julgamento: 29/06/2009, T6 - SEXTA TURMA)

<sup>2</sup> (STF - AI: 851441 DF , Relator: Min. CÁRMEN LÚCIA, Data de Julgamento: 05/09/2011, Data de Publicação: DJe-176 DIVULG 13/09/2011 PUBLIC 14/09/2011)

“ ‘Nesse tópico, de imediato, cabe afastar a aplicação de medida de segurança por tempo indeterminado. A doutrina vitoriosa, à reboque da mais lúcida jurisprudência, refuta a possibilidade de privação de liberdade perpétua, como coerção penal, ainda que sob o eufemismo de "medida detentiva por tempo indeterminado". Em verdade, se o juiz entende que é caso de internação, deve fixar o limite máximo desta, sob pena de criar situação mais gravosa ao inimputável que ao imputável, além de malferir o texto constitucional, o qual não tolera "prisão" sem prazo definido e com comprometimento da dignidade humana'. (...) Para o cumprimento da referida medida há de ser fixado o prazo mínimo previsto no artigo 97, § 1º, do CP, e o prazo máximo, cabendo destacar que o d. Magistrado, embora não tenha olvidado tal entendimento, descuroou da determinação de tais parâmetros.”

Atualmente, ocorre desinternação na medida de segurança detentiva, que é aplicada aos crimes punidos com reclusão, cujo cumprimento se dá em regime de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

A Liberação será concedida frente a medida de segurança restritiva. Tal medida é aplicada aos crimes punidos com detenção, cujo cumprimento se dá em regime de tratamento ambulatorial em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou estabelecimento adequado.

A desinternação e a liberação são condicionais, pois, caso o indivíduo pratique qualquer ato que indique a periculosidade (não precisa ser ato infracional), ele voltará ao regime que se encontrava.

Depois de extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que lhe tenha sido imposta.

O correto implemento da legislação já existente em consonância com as políticas de governo em âmbito nacional, a coexistência do tratamento unitário e funcional de natureza curativa, com a necessária e legal extinção dos manicômios judiciais, e aplicação, tão somente, dos demais meios de tratamento, tanto para os inimputáveis, quanto para os semi-imputáveis possibilitara à dignidade da pessoa humana. Infelizmente o sistema de internamento psiquiátrico nunca serviu ao fim que se destina, prevenir e ressocializar. Portanto ainda se fazem necessárias algumas compreensões quanto ao ‘extinto’ manicômio judiciário.

## DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO

O manicômio surge no final do século XVIII como local para ser tratada a loucura, com ocultamento e exclusão, mas visando uma cura de acordo com a ordem fundada pelo médico francês Philippe Pinel, que posteriormente veio a ser o marco inaugural da fundação da chamada Medicina Mental ou Psiquiatria. Até então os loucos eram acolhidos juntamente com todos os outros que por algum desfortuno social não podiam viver em sociedade, mas que mesmo por caridade esse acolhimento incluía diversas violências e abusos, sendo também totalmente isolado da sociedade (PESSOTTI,2001).

Amarante (1997, p. 170) define a instituição manicomial como “qualquer tipo de instituição psiquiátrica pautada na tutela e custódia, no sentido de acentuar seu caráter ambíguo ou híbrido, isto é, semi-médico/semi-jurídico”.

O manicômio criminal nasce da fusão das duas clássicas instituições totais que a sociedade moderna criou para castigar as formas mais graves de não adaptação às regras sociais: a prisão e o manicômio, segundo Peres (1997, p. 111),

“os manicômios judiciários surgem no dispositivo psiquiátrico compondo uma nova estratégia, que se fundamenta de forma explícita, no perigo que o louco representa. Com um lugar específico para a loucura criminosa, fora da rede de assistência psiquiátrica, a medicina retira de seu campo aqueles que foram o argumento inicial para a sua afirmação.

Identificava-se no discurso médico a necessidade de construir um espaço específico para os loucos delinquentes, pois estes comprometiam o tratamento que era oferecido no asilo, junto às demais pessoas ali recolhidas (MACHADO, et al, 1978). Assim, o manicômio judiciário passava a figurar como mais uma instituição total, afastando loucura e criminalidade, legitimando a inserção da psiquiatria na esfera da ciência penal e consolidando a presunção da periculosidade de tais pessoas.”

Na segunda metade do século XIX, na Itália, duas Escolas travavam um grande debate acerca dos conceitos de crime e de pena. Para a Escola Clássica, de Francesco Carrara, a pena tem finalidade retributiva. A Escola Positiva, por sua vez, baseada nos estudos de Cesare Lombroso, direcionava seus estudos à pesquisa das causas da delinquência, ao problema da responsabilidade do sujeito que comete crime, a personalidade do réu, considerando suas anomalias biológicas e psíquicas, para a criação de uma política criminal dirigida à defesa social (BORZACHIELLO,



1997). A instituição dos manicômios criminais representava a vitória da Escola Positiva sobre a Escola Clássica, e teria significado a afirmação do conceito de delinquência como doença e da pena como cura.

Acredita-se que a Inglaterra tenha sido o primeiro país, que se tem notícia, a erigir um estabelecimento destinado para os delinquentes alienados, a prisão especial de Broadmoor, em 1863. Antes dela, tanto na França quanto nos Estados Unidos haviam apenas anexos especiais a alguns presídios para a reclusão e tratamento dos delinquentes loucos ou dos condenados que enlouqueciam nas prisões. (PESSOTTI, 2001).

Desde o primeiro instrumento normativo voltado à atenção específica ao louco, a lei de 1838 na França, a qual abordaremos um pouco mais detalhadamente, verifica-se a intenção de construir um status jurídico específico para este sujeito. Como afirma Castel (1978, p. 37-8), "O equilíbrio entre delitos e as sanções inscreve-se em um sistema racional porque o criminoso é responsável por seus atos. O louco coloca um problema diferente [...]. Não poderia ser sancionado, mas deveria ser tratado".

A lei francesa de 1838 teve grande importância na história e no desenvolvimento da psiquiatria, seu texto fundamentou grande parte, da prática psiquiátrica servindo de instrumento norteador a constituição das leis de diversos países ocidentais. Dentro de um contexto pós-revolucionário e seu texto foi diretamente influenciado pelas concepções alienistas da época (Amarante, 1999).

Segundo Castel (1978, p. 21-22) esta foi a primeira lei que reconheceu como um direito a assistência dirigida a uma parcela da população. "É a primeira a instaurar um dispositivo completo de ajuda com a invenção de um novo espaço, o asilo, a criação de um primeiro corpo de médicos-funcionários, a constituição de um 'saber especial'".

A construção desse modelo e dessa crença no tratamento baseado em internação hospitalar estruturada na época da constituição da psiquiatria enquanto ciência foi fortalecida pela legislação referente, a partir deste modelo de legislação, a internação psiquiátrica constituiu-se legalmente em principal recurso de tratamento e o asilo, seu fundamental local de realização.

Os países ocidentais tomaram como modelo a lei francesa de 1838. Segundo Castel (1978, p. 55-56), esta lei desempenhou papel fundamental na

determinação do lugar social ocupado pelo louco e na fundamentação da prática asilar.

“A medicalização não significa, de fato, a simples confiscação da loucura por um olhar médico. Ela implica na definição, através da instituição médica, de um novo status jurídico, social e civil do louco: o alienado, que a lei de 1838 fixará, por mais de um século, num completo estado de minoridade social. A internação em um ‘estabelecimento especial’ é o elemento determinante que condiciona esse status”.

A lei de 1838 tratava das questões relativas à construção e funcionamento de estabelecimentos destinados aos alienados, às internações e às altas, descrevendo os procedimentos necessários e à administração dos bens dos alienados. A lei é composta por 41 artigos ordenados em 3 títulos.

Observa-se que a questão do controle exercido pelas autoridades públicas sobre a loucura perpassa todo o texto da lei, desde a criação do hospício até a alta do alienado, merecendo destaque o papel exercido pelas autoridades na manutenção e execução de tal controle.

No título I – Dos estabelecimentos de alienados cabe destacar o primeiro artigo no qual encontra-se definida a assistência ao alienado e a responsabilidade do Estado sobre ela. De acordo com este artigo, o modelo de tratamento asilar foi oficialmente adotado, onde cada Departamento tem por obrigação a criação e manutenção de um estabelecimento para os alienados.

O artigo 5º determina que os alienados não podem ser internados em estabelecimentos privados destinados ao tratamento de outros doentes, a não ser que fiquem em local inteiramente separado. Tal medida reforça a necessidade de separação do alienado das demais pessoas, mesmo as doentes.

No título II – Das internações realizadas nos estabelecimentos de alienados, os artigos apresentam-se divididos em quatro seções nas quais são definidas e regulamentadas as modalidades de internação e os procedimentos necessários para a realização das mesmas, as despesas relacionadas aos serviços de alienados, como estadia, alimentação e transporte, as disposições comuns a todas as pessoas internadas nos estabelecimentos de alienados (seção IV).

O 2º item do artigo 8º relata a exigência de um certificado médico onde conste o estado mental da pessoa, a necessidade de tratamento em

estabelecimento de alienados e de mantê-la enclausurada. Este item demonstra a utilização do conhecimento médico na determinação da exclusão do alienado.

O artigo 11 estabelece que um novo certificado médico deve ser realizado após 15 dias do início da internação com o objetivo de confirmar ou retificar o primeiro, destacando o retorno mais ou menos frequente dos acessos ou dos atos de demência. Esse certificado deve ser encaminhado para o prefeito departamental. Neste artigo percebe-se a preocupação em reafirmar e reforçar o quadro patológico.

A questão da alta é elaborada no artigo 13 que determina a saída do paciente mediante o registro médico assegurando a sua cura. O artigo 14 trata da alta por solicitação familiar independentemente da opinião médica. Entretanto, o artigo permite que o médico, ao discordar da alta, comunique o prefeito municipal para que o mesmo ordene a suspensão de tal procedimento se assim julgar conveniente.

Cabe ressaltar que a discordância do médico reforça a questão da periculosidade associada à loucura. Pois, de acordo com este artigo, o médico do estabelecimento pode acionar o prefeito se for de opinião que o estado mental do doente poderá comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas. Percebe-se uma preocupação em se proteger a sociedade de um suposto perigo, não havendo uma preocupação com a saúde do alienado, ou seja a vontade pública direcionada apenas a uma parcela da sociedade.

O artigo 15 determina que a alta deve ser comunicada às autoridades públicas. Esta notificação deve conter a identificação do ex-interno, seu estado mental, o local ao qual foi conduzido e a identificação da pessoa que o retirou. Este artigo constitui mais um recurso de controle social exercido pela autoridade pública sobre a loucura.

No artigo 16, o prefeito departamental é reconhecido como autoridade para ordenar o término de uma internação, sobrepondo-se à autoridade médica.

O artigo 17 determina que a pessoa interditada e o menor só podem deixar o asilo acompanhados por seus responsáveis.

Na seção II – Das internações ordenadas pela autoridade pública, o artigo 18 fornece à autoridade pública o poder de determinar uma internação quando julgar que a ordem pública ou a segurança das pessoas estão sendo ameaçadas. Novamente, uma importante observação para o estudo em questão, vislumbra-se a

noção de periculosidade do louco e a de responsabilidade do poder público para com a sociedade mas não com o doente.

O artigo 19 reforça o poder da autoridade pública na realização da internação compulsória através da sua atuação em caso de perigo iminente.

No artigo 20 a questão do controle social exercido pelos prefeitos departamentais é perfeitamente demonstrada.

O artigo 21 concede ao prefeito departamental o poder de impedir a alta da pessoa que teve uma internação voluntária, quando julgar que a mesma possa comprometer a ordem pública e a segurança das pessoas.

O artigo 24 demonstra claramente a importância do hospício ao estabelecer que em todos os municípios onde existam hospícios ou hospitais, os alienados só poderão ser depositados nesses hospícios ou hospitais. O texto deste artigo demonstra uma preocupação com a proteção do alienado ao determinar que este deve ser separado dos condenados ou acusados.

Na seção IV – Disposições comuns a todas as pessoas internadas nos estabelecimentos de alienados, o artigo 29 estabelece que tanto a pessoa internada como parentes ou amigos e, também, o procurador do rei, podem recorrer à instância judiciária local para requerer a alta.

O artigo 31 declara a incapacidade civil da pessoa internada ao determinar que as comissões administrativas ou de supervisão devem designar um de seus membros para exercer a função de administrador provisório dos bens da pessoa internada que não é interdita.

A exposição desses artigos teve como objetivo demonstrar de que forma a primeira lei ocidental de assistência aos alienados contribuiu para a consolidação da instituição asilar e da internação psiquiátrica, bem como fundamentou o poder do Estado na execução de um controle sobre a população.

Através do estudo de tais artigos pode-se perceber que a periculosidade associada à figura do louco já recebia legalidade jurídica no texto da lei, principalmente nos artigos 14, 18, 19 e 21.

O papel do médico mostrou-se menos necessário no momento da internação do alienado mas imprescindível na determinação da alta. Mesmo quando a autoridade pública determinava a permanência ou a saída da pessoa internada, Ela o fazia baseada nas informações obtidas nos relatórios médicos. Portanto, era papel do médico definir as condições do alienado para a sua permanência no asilo,

o que reforça nossa atual concepção da necessidade de perícia especializada para extinguir e determinar a instituição de medidas de segurança (Alvim,1997).

No Brasil, o primeiro Hospital Psiquiátrico foi fundado por Dom Pedro II, em 1852, enviando médicos para a França para aprenderem o que de mais avançado existia para o tratamento psiquiátrico. Depois foi o Juqueri em 1900, a colônia Juliana, nas zonas rurais em Franco da Rocha, depois na zona urbana o Raul Soares em 1909. O tratamento de choque e os medicamentos psicofármacos vieram após a 2ª grande guerra (PESSOTTI, 2001).

Quanto ao Manicômio Judiciário pode se observar que sua implementação foi precedida pela discussão acerca de qual seria o encaminhamento institucional que deveriam ter pessoas que eram consideradas loucas e criminosas, enfim, essa instituição é um hospital ou uma prisão? Desse modo, além dos hospitais psiquiátricos para pessoas com transtornos mentais, começaram a funcionar no país os espaços asilares para receber e tratar os ditos loucos criminosos. Percebe-se, mais uma vez, a opção pela exclusão, a partir do estabelecimento da diferença entre loucos e loucos criminosos, o espaço para estes últimos não pode ser mais o do Hospício Nacional.

Conforme Carrara (1998, pág. 198), esclarece ao falar do manicômio judiciário:

"Esta nova instituição emergia, pois, correspondendo à convergência dos interesses da área de saúde e do âmbito jurídico, atendendo à necessidade de zelar pela segurança da sociedade. A iniciativa, compatível com o pensamento da época e o poder-dever do Estado, excluía a possibilidade de qualquer integração sociofamiliar do denominado "*louco-criminoso*".

O Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, trouxe a recomendação de que fossem criadas seções especiais para loucos infratores nos manicômios estaduais descrevendo normas para a internação dos "alienados", dentre seus artigos prescrevia-se a proibição de manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos; além de explicitar que "enquanto não possuírem os Estados manicômios criminais, os alienados delinquentes e os condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos nos pavilhões que especialmente se lhes reservem"(CARRARA, 1998).

É a partir desse Decreto que a construção de manicômios judiciários passa a ser proposta oficial devendo cada Estado reunir recursos para tal fim, idéia é reafirmada pelo Decreto nº 5.148A, de 10 de janeiro de 1927, nos seus artigos 7º e 8º (MATTOS, 1999).

Após tal Decreto, foi instalada no Hospício Nacional de Alienados uma enfermaria destinada à internação dos alienados delinquentes e à observação dos acusados suspeitos de alienação mental. Assim surgia a Seção Lombroso, uma seção especial de segurança que funcionava com inúmeros problemas, tendo sido extinta com a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (DELGADO, 1992; PERES, 1997; PIEDADE JÚNIOR, 2002).

O primeiro manicômio judiciário do Brasil e da América Latina foi inaugurado na cidade do Rio de Janeiro, no dia 30 de maio de 1921. Carrara (1998, p. 194). Neste ano foi promulgado o Decreto nº. 14.831, de 25 de maio de 1921, que aprova o regulamento do manicômio judiciário, e, no seu artigo 1º dispunha:

“O Manicômio Judiciário é uma dependência da Assistência a Alienados no Distrito Federal, destinada a internação:  
I Dos condenados que achando-se recolhidos às prisões federais, apresentam sintomas de loucura.  
II Dos acusados que pela mesma razão devam ser submetidos a observação especial ou tratamento.  
III Dos delinquentes isentos de responsabilidades por motivo de afecção mental (código penal, art. 29) quando a critério do juiz assim o exija a segurança pública.”

O manicômio judiciário se caracterizava, portanto, como o lugar social específico para o encontro entre crime e loucura. Deste modo, esta instituição apresenta, desde a sua origem, uma estrutura ambígua e contraditória. Enquanto instituição predominantemente custodial, revela, com grades e intervenções psiquiátricas, a dupla exclusão que sofrem as pessoas com transtorno mental autoras de delito.

A instituição manicomial é criada em outros estados do país ao longo do século XX, como o de Barbacena, em Minas Gerais, no ano de 1929, e, em 31 de dezembro de 1933 quando é inaugurado o manicômio judiciário de São Paulo, que levava o nome de Franco da Rocha, um dos psiquiatras que fomentou um sistema de manicômios judiciários para os loucos criminosos. (JACOBINA, 1982).

O manicômio judiciário é restrito às pessoas com transtornos mentais que cometeram crime, não podendo atender a comunidade em geral, como os demais hospitais psiquiátricos, geralmente, esta instituição, do tipo manicomial judiciária encontrava-se vinculada à Secretaria da Justiça e não à da Saúde como ocorre com aqueles: é deslocada da "assistência a alienados" para fazer parte do sistema penitenciário.

No Brasil a política de saúde mental foi influenciada pelas idéias de Reforma Psiquiátrica italiana. É com este pensamento que a legislação sobre saúde mental no país dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, trata dos direitos do portador de transtorno mental, articulado à luta em defesa dos interesses do portador de transtorno mental.

Assim, o sistema de saúde mental começa a ser estruturado e os serviços substitutivos aos manicômios se propõem ao cuidado de portadores de sofrimentos psíquicos.

A Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, conhecida como Lei do Programa De Volta Para Casa gerou novos rumos na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental. Sobre o assunto, assim se manifestam Medeiros e Guimarães (2002, p. 577):

“O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira vem encampando propostas de desinstitucionalização reforçadas pela Luta Antimanicomial. Este projeto de mudança representado no nível federal pelo projeto de lei supracitado, e em alguns Estados da federação por projetos similares – como, por exemplo, no Rio Grande do Sul, em 1992; no Ceará, em 1993; em Pernambuco, em 1994; no Rio Grande do Norte, em 1995; em Minas Gerais, em 1995 e no Paraná, em 1995 – é o resultado de um dos mais importantes processos de mudanças culturais para a sociedade brasileira nesse final de século, que diz respeito a uma revisão dos aparatos científicos, administrativos, jurídicos e éticos, relacionados com a doença mental.”

Entretanto, apesar de transcorridos mais de duzentos anos do nascimento da psiquiatria no Brasil e exista hoje uma rede de serviços extra-hospitalares, ainda

observa-se que o principal recurso para a realização do tratamento continua sendo o hospital e a internação. As palavras de Saraceno (2001, p. 63) podem exemplificar e reforçar essa afirmação:

“O Hospital Psiquiátrico como lugar e como continente da ideologia da psiquiatria continua central na maior parte dos países do mundo e sobretudo na cultura psiquiátrica. Continua como signo de continuidade histórica do cerco à desrazão iniciado com o primeiro manicômio muitos séculos atrás”.

A implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica com a progressiva extinção dos manicômios é fator importante nesse processo, repercutindo na aplicabilidade das medidas de segurança. Para tal observaremos a seguir uma introdução da legislação em saúde mental e aspectos essenciais da Lei referida.

## **CAPÍTULO II**

### **A GÊNESE DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA ATUAL**

Procurou-se traçar uma genealogia dos diplomas legais sobre os portadores de transtorno mental, para a percepção da organização legal anterior e muitas das reflexões no âmbito jurídico atual.

O Decreto Nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903 que reorganiza a assistência a alienados foi a primeira lei nacional que abordou a questão dos alienados. Era composto por 23 artigos que tratavam dos motivos que determinavam a internação e os procedimentos necessários para a realização da mesma; da guarda dos bens dos alienados; da possibilidade de alta; da proibição em se manter alienados em cadeias públicas; da inspeção dos asilos feita por comissão a mando do ministro da justiça e negócios interiores; das condições necessárias para o funcionamento do asilo; do pagamento das diárias dos doentes; da composição dos trabalhadores do Hospício Nacional e das colônias de alienados; da penalidade pelo descumprimento da lei.

Embora a lei tenha aberto uma prerrogativa de tratamento extra asilar, ela estabeleceu uma duração para o mesmo. Desta forma, encontra-se subentendido o controle social exercido pela autoridade pública e a exigência da reclusão da pessoa no asilo.



O texto do decreto apresenta pontos bastante semelhantes à lei francesa de 1838, o que evidencia a influência desta lei. Assim como na lei francesa, é estabelecida a proibição de se manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos. Tal medida marca a distinção entre o criminoso e o doente, determinando o local de reclusão de cada um. Isto favorece o reconhecimento social e legal da incapacidade do alienado (DALLARI,1987).

O Decreto Nº 1.132 de 1903 vigorou até o ano de 1934 quando foi elaborado e promulgado o Decreto Nº 24.559 em substituição à legislação de 1903.

O Decreto 24.559 entrou em vigor em 03 de julho de 1934 e dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. O título da lei apresenta novos elementos que se referem à profilaxia e à assistência da pessoa então denominada psicopata e demonstra uma preocupação com a questão da proteção tanto da pessoa doente quanto dos seus bens, o termo psicopata, era a nomenclatura dada pela lei ao se referir a portador de psicopatologia, atualmente portador de transtorno mental<sup>3</sup>.

Apresentava a possibilidade de se manter a pessoa alienada em tratamento domiciliar, pela própria família ou de outra. A periculosidade e a forma de internação justificavam sua realização em estabelecimento fechado.

A princípio a lei se propõe a tratar da assistência e da proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas e da fiscalização dos serviços psiquiátricos. Entretanto, uma leitura crítica do decreto evidencia outros objetivos, além de um ato médico era uma restrição legal de direitos.

O decreto de 1934 foi formulado por meio de justificativas tecnocientíficas segundo uma ideologia eugenista. Objetivava a purificação da raça brasileira e considerava a doença mental como uma degenerescência moral de algumas raças, principalmente negros e amarelos.

---

<sup>3</sup> . Sobre a importância da expressão que designa o paciente portador de transtorno mental, acrescenta GUSTAVO PINHEIRO (2009, p. 18) : “A terminologia legal se torna questão relevante em decorrência do preconceito e do estigma que se busca afastar, sendo atualmente inaceitável o emprego de expressões pejorativas para designar aqueles que a lei da reforma psiquiátrica buscou proteger. A utilização de terminologia ultrapassada e ofensiva no trato à pessoa portadora de transtorno mental poderá acarretar dano à honra e à imagem das referidas pessoas, sendo assegurado o direito à indenização por danos materiais ou morais, nos termos do art. 5º, X da Constituição Federal. A preocupação do legislador com a terminologia tem relevância histórica, haja vista o estigma experimentado por todas aquelas pessoas acometidas de desordens mentais. (...) Essa preocupação com a terminologia em saúde mental decorre da nova filosofia para a seara, nitidamente mais humana, uma vez fundada no respeito aos direitos fundamentais das pessoas envolvidas.”

O tratamento era fundamentado na correção moral e o controle social resultava do isolamento e da exclusão dos supostos inferiores. Desta forma, o tratamento que era supostamente considerado uma ação técnica pôde apresentar um outro lado que atuava na retirada da liberdade e da igualdade do cidadão, promovendo a justificativa e a sanção de uma política de controle social (PALLAZO, 2000).

A reforma psiquiátrica no Brasil surgiu num contexto extremamente hostil, em face da reclusão e violência contra os internados. Tendo como base os direitos humanos, a reforma ocorre, paralelamente à transição política brasileira desde o regime ditatorial militar dos anos setenta, à consolidação de democracia representativa com a retomada das eleições diretas em 1989 (AMARANTE, 2003b).

O sistema assistencial tradicional é confrontado e um modelo alternativo em saúde mental que começa a ser construído, problematizando as relações entre as esferas pública e privada, ampliando o acesso, na forma de direito social à saúde (SUS), e a participação na elaboração de propostas. As questões relativas à igualdade e liberdade se colocam como fundamentais na construção de respostas ao sofrimento mental dos cidadãos, mesmo considerados os escassos recursos disponibilizados para a reforma. (GOULART, 2006).

Surgiam então sindicatos, organizações de profissionais assalariados e associações de moradores exigindo uma política de saúde de qualidade.

E no ano de 1979, surge no Brasil o primeiro movimento social em favor dos direitos dos pacientes psiquiátricos, o “Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental- MTSM”, após a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Santa Catarina. Este movimento era formado por sindicalistas, profissionais de saúde e familiares de pacientes internados, tendo como principal objetivo a defesa de uma reforma completa da psiquiatria, propondo, inicialmente, a ampliação da assistência centrada em ambulatórios, principalmente em hospícios. (GOULART, 2006).

Através deste movimento foram realizadas diversas denúncias de violência, maus tratos e torturas, além das condições insalubres nos manicômios, numa crítica severa do sistema de assistência psiquiátrica adotada no Brasil, nesse momento emergem as primeiras propostas para a reorganização da assistência (MARCHEWKA, 2003).

Em 1985, alguns integrantes do MTSM assumiram cargos na administração dos ministérios, proliferando as idéias do movimento. No ano seguinte com a realização da VIII Conferência de Saúde, ocorreu como principal debate a reformulação e o financiamento do setor.

No ano de 1987 é realizado o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru/SP, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, além da I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Nesta época, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, onde reforçou a idéia de defesa de uma sociedade sem manicômios, propondo meios alternativos de assistência aos portadores de transtornos mentais.

As idéias eram as mais variadas, lares abrigados, internamentos em hospitais gerais, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), entre outras. O movimento avançou com a proibição do internamento compulsório e com o estabelecimento de atendimento por equipe multiprofissional onde as informações seriam dadas aos pacientes.

Neste ano também, surgiu o primeiro Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo-SP, destinado à assistência integral aos pacientes com transtornos mentais. Quando o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental é substituído pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, sendo este um movimento radicalista, tendo como objetivo o fim dos manicômios. Proposta a modificação legislativa para sua extinção- projeto de lei 3.657, o mesmo foi reprovado na Câmara.

No ano de 1989, iniciou-se a um processo de interferência da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Santos/SP, em um hospital psiquiátrico responsável por maus tratos e morte de pacientes que lá estavam internado (Casa de Saúde Anchieta). Esta interferência foi divulgada nacionalmente, ganhando mais força o movimento antimanicomial, restando evidente a real necessidade de mudança no modelo de assistência em substituição ao hospital psiquiátrico. (PESSOTTI,2001).

Após a repercussão nacional, implementaram-se Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, além da criação de associações, casas de apoio aos egressos do hospital e cooperativas na referida cidade. A experiência em

Santos passa a ser um exemplo no país, comprovando-se que a reforma psiquiátrica era efetivamente possível.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, é fundado o SUS (Sistema Único de Saúde), visando fornecer assistência de saúde gratuita à população, o tratamento psiquiátrico passa a ser difundido.

Em 1992 em diante, diversos movimentos sociais reformistas têm êxito em aprovar leis, em vários estados brasileiros, onde estabelecem a substituição gradativa de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de cuidados com a saúde mental.

São aprovadas as primeiras leis federais que determinam a criação de serviços de atenção diária, com base nas experiências dos primeiros NAPS e CAPS, bem como as primeiras regras para classificação e fiscalização dos hospitais psiquiátricos.

Apesar dos avanços, a proposta de reforma psiquiátrica não se desenvolveu de forma homogênea entre os estados Brasileiros.

Após 12 (doze) anos, o projeto de lei 3657/89 proposto por Paulo Delgado, foi sancionado em 2001, tornando-se um marco na reforma psiquiátrica, ficando conhecido como “Lei da Reforma Psiquiátrica”.

A dita Lei modifica a assistência psiquiátrica no país, dando preferência aos tratamentos comunitários, consolidando a proteção e os direitos dos doentes mentais, mas não fornece métodos claros para a extinção gradativa dos manicômios, também não considera quaisquer política pública ou outro meio de implementação e efetividade.

Além da Lei Federal n. 10.216/2001, no ano de 2007, o Brasil firmou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que foi aprovada pelo Congresso Nacional na forma do art. 5º, §3º da Constituição Federal.

## **A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

A lei federal aborda essencialmente a questão da proteção e o redirecionamento do modelo assistencial. Diferentemente do projeto de lei que a originou, a lei 10.216/01 mantém a estrutura hospitalar. O título da lei apresenta uma mudança no que se refere à nomenclatura utilizada para definir a pessoa que necessita de cuidados em saúde mental: o termo psicopata da legislação de 1934 é substituído pela expressão portador de transtorno mental, que é adotada atualmente pela psiquiatria (SANTOS, ALMEIDA, VENANCIO, 2000).

A lei é composta por 13 artigos que em suma estabelecem uma apresentação dos direitos das pessoas com transtorno mental nos art. 1º e 2º; no art. 3º estabelece a responsabilidade do Estado; dos art. 4º ao 10º definem e regulamentam os tipos de internação; o art. 11 trata das pesquisas envolvendo pacientes; no art. 12 se cria a Comissão Nacional para o acompanhamento da implementação da lei.

O primeiro artigo estabelece que a proteção e os direitos dos portadores de transtorno mental são assegurados a todos sem a existência de qualquer forma de discriminação.

O artigo 2º determina que nos atendimentos em saúde mental as pessoas devem ser informadas dos direitos estabelecidos para os portadores de transtorno mental. Em seu parágrafo único são estabelecidos tais direitos. A leitura dos itens deste parágrafo demonstra que os direitos expostos referem-se às condições de realização do tratamento, localizando neste campo os riscos aos quais a pessoa está sujeita a sofrer. Desta forma, o próprio tratamento pode ser considerado um risco para a integridade da pessoa (BENEVIDES, 2002).

O artigo 3º trata da responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, na assistência e na promoção de ações.

O artigo 4º estabelece um limite para a ocorrência da internação: só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Entretanto, não há uma definição para o que seja insuficiente.

Os parágrafos do artigo regulamentam a internação e determinam que o tratamento deve primar pela reinserção social do paciente e oferecer assistência integral através de uma equipe multidisciplinar.

Embora no parágrafo 3º a lei proíba a internação em instituições com características asilares, definidas como aquelas que não apresentam os recursos explicitados no parágrafo 2º e que também não respeitam os direitos enumerados no

artigo 2º , os demais itens que constituem o artigo permitem que o hospital psiquiátrico exista enquanto recurso de tratamento a ser utilizado.

O quinto artigo define a situação dos pacientes internados por longo tempo, “moradores” ou de “longa permanência”, que apresentam grave dependência institucional. Essas pessoas devem ser objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Tal medida demonstra uma tendência em se superar o modelo manicomial (CORREIA, 2007).

O artigo 6º define que o laudo médico é o instrumento que possibilita a internação, caracterizando esta como um ato médico. No parágrafo único, os tipos de internação são definidos: internação psiquiátrica voluntária (IPV), involuntária (IPI) e compulsória. Destas a compulsória se refere a realizada por meio administrativo jurídico aqueles portadores de transtorno mental que entraram em conflito com a lei.

O artigo 7º regulamenta a internação voluntária. Para que esta aconteça, a pessoa deve mostrar seu consentimento através da assinatura de uma declaração concordando com este tipo de tratamento. Esse item não inclui portadores de transtorno mental que entraram em conflito com a lei, aos quais não é prestada essa “opção” (AMARANTE, 2003b)

O parágrafo único determina que a IPV cessará quando o paciente assim solicitar por via escrita ou quando o médico determinar. Esta medida traz uma importante inovação ao estabelecer que a própria pessoa pode requerer sua alta. Resta, então, verificar como a IPV e seu término estão sendo realizados na prática diária dos hospitais. Embora a lei estipule este procedimento, não há referência para o que deve ser feito quando a pessoa não adquire sua alta, sobre as condições que impedem a cessação da IPV, nem sobre as consequências para o hospital que não cumpre a determinação da lei (AMARANTE, 2003).

O artigo 8º determina que as internações voluntárias e involuntárias somente serão autorizadas por médicos que sejam registrados no CRM do estado do estabelecimento. O parágrafo 1º estipula que a IPI e a respectiva alta devem ser comunicadas ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 horas. Esta é uma questão inovadora que introduz a participação de um novo órgão, o Ministério Público Estadual, que passa a intermediar a relação da medicina com o Estado.

Este é um ponto que se manteve comum entre o projeto de lei 3.657/89 e o texto final aprovado. No projeto de lei o artigo 3º determinava a comunicação da

chamada internação compulsória à autoridade judiciária local ou à Defensoria Pública. O propósito desta medida era verificar a legalidade da internação, fiscalizar os estabelecimentos psiquiátricos e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Embora a lei atual mantenha a comunicação das IPIs a uma autoridade pública, ela não define o objetivo de tal procedimento. Da mesma forma a lei não menciona as consequências do descumprimento desta medida para o hospital (AMARANTE, 2003).

O parágrafo 2º regulamenta o término da IPI que pode ocorrer por meio da solicitação do familiar ou responsável legal, ou quando estabelecida pelo médico. Assim como em legislações anteriores, no caso da IPI, a pessoa não é consultada e não participa da decisão sobre seu tratamento.

O artigo 10 determina que deve ser feita a comunicação no prazo de 24 horas aos familiares ou representante legal e vigilância sanitária de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento do paciente.

Como foi exposto anteriormente, esta lei é o resultado de muitos anos de lutas entre os diversos interesses envolvidos. A transformação social pretendida pelo projeto de lei não foi mantida. (AMARANTE, 2003)

A lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, entretanto, nenhum artigo aborda diretamente a questão do modelo assistencial nem menciona a constituição de serviços substitutivos em detrimento ao modelo asilar, manicomial, comum ou judiciário. (AMARANTE, 2003) Apenas determina que a internação ocorra em estrutura que contenha equipe multidisciplinar (art. 4º § 2º) e que a pessoa seja tratada, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (art. 2º- IX). Não há definição do que seja um serviço comunitário e a lei mantém a permanência do modelo hospitalocêntrico (SARACENO, 2001).

Nesse sentido observamos que a jurisprudência vem entendendo por preservar e respeitar a Lei, tentando quando possível resguardar o infrator com transtorno mental, com extrema propriedade e respeito ao ordenamento jurídico é redigido o voto do relator Ministro Moura Ribeiro<sup>4</sup> quanto a este tema:

---

<sup>4</sup> a egrégia QUINTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

"A Turma, por unanimidade, concedeu a ordem, de ofício, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator."

Os Srs. Ministros Regina Helena Costa, Laurita Vaz, Jorge Mussi e Marco Aurélio Bellizze votaram com o Sr. Ministro Relator.

“O paciente foi absolvido sumariamente, em razão do reconhecimento de sua inimizabilidade, com aplicação de medida de segurança, consistente em internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, porém permanece, em regime fechado, esperando vaga na Penitenciária Dr. Antonio de Souza Neto, em Sorocaba, desde 2.3.2011.

O estabelecimento adequado para receber o paciente é o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, equipado para acolher e tratar indivíduos sujeitos ao cumprimento de medida de segurança de internação, na medida em que dispõe do ferramental e dos medicamentos indispensáveis ao tratamento de tais pessoas.

O recolhimento do paciente em unidade prisional é providência inapropriada ao cumprimento da medida de segurança e sem aparente solução, já que na lista de espera para a remoção ao referido Hospital é medida que afronta o sistema e, primordialmente, o princípio da dignidade da pessoa humana.

Por outro lado, não se pode deixar de considerar a periculosidade do paciente, atestada pelo Juízo das Execuções Criminais,[...] .

Assim, consubstanciada a necessidade de custódia do paciente a bem da ordem pública, evidenciada pela sua periculosidade, não é razoável reconhecer o pleito formulado, colocando o paciente em liberdade até o surgimento de vaga em estabelecimento adequado.

Entretanto, não se pode negar que a sua permanência em presídio é medida que afronta os princípios constitucionais relacionados à dignidade da pessoa humana e à legalidade, razão pela qual **concedo a ordem, de ofício**, para determinar a imediata transferência do paciente para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou outro estabelecimento adequado, e, na falta de vaga, observando as cautelas devidas, considere o Juízo das Execuções a possibilidade de substituição da internação por tratamento ambulatorial, até que surja vaga em estabelecimento adequado à sua condição.

É como voto.”

A proteção e garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental também está relacionada com o redirecionamento do modelo assistencial, pois questiona o modelo voltado para a internação dentro do hospital psiquiátrico e promove a viabilidade de outro modelo de atenção psicossocial, que cuida e trata sem o dispositivo da internação hospitalar, embora alguns serviços possuam leitos. Esses novos serviços se constituem de modo que o tratamento não seja sinônimo de internação, pois tal postura retira da pessoa sua autonomia, sua circulação e sua cidadania (REIS, 1999).

A Lei 10.216/01 criou um instrumento de regulação da internação que, originalmente (pelo projeto), não era para acontecer em hospital psiquiátrico,



somente em hospital geral. Colocou em ação um dispositivo de segurança e proteção dos direitos do portador de transtorno mental quando o mesmo é internado involuntariamente. Este novo ator com função reguladora é o Ministério Público Estadual.

Com relação à participação do Ministério Público, cabe destacar que o Substitutivo do Senador Sebastião Rocha, o Parecer nº. 43 de 1999, reapresentado à Câmara, continha o seguinte texto relativo à internação involuntária e à atuação do Ministério Público:

“§ 1º O Ministério Público, ex-officio, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.”

O parágrafo 1º do artigo 10º tratava da função do Ministério Público no controle das internações involuntárias e autorizava a formação de uma equipe revisora multiprofissional de saúde mental para atuar na fiscalização dessas internações, determinando se as mesmas deveriam prosseguir ou serem terminadas. Entretanto, na aprovação do texto final da lei este parágrafo foi suprimido, segundo relatório da Assessoria Parlamentar do CFP:

“Por intermédio de destaque da bancada do bloco PDT-PPS, foi suprimido, por 298 votos contra 87, o parágrafo 1º do artigo 10, pelo qual o Ministério Público, atendendo denúncia ou solicitação familiar ou de representante legal do paciente, poderia designar equipe revisora multiprofissional de Saúde Mental, incluindo um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária. PT e PSB-PCdoB votaram pela manutenção do parágrafo, enquanto PFL, PMDB, PPB e PDT-PPS votaram pela supressão.”

Como se viu, a Lei 10.216/2001 impactou três vertentes: a política, pois nossos representantes estão legitimados a fazer políticas, elaborar projetos de lei, dentre outros, para atender aos anseios e necessidades da sociedade; social, ocorreu a necessidade de reconhecimento para com o portador de sofrimento mental como ser humano e cidadão.

A econômica, pois a lei determina a extinção de manicômios e uma reestruturação nos hospitais da rede do governo, e foi mais fundo também a rede privada. Na rede privada as internações duradouras eram mais constantes e a Lei vinha pôr um fim nesta prática, o que implica diretamente na receita arrecadada destas instituições.

A vontade política da classe econômica que controlava a rede privada foi fator determinante na alteração do projeto de lei, até a definitiva versão acolhida, portanto, a implementação encontra entraves para efetivar-se no panorama sócio jurídico nacional.

### **CAPÍTULO III**

#### **PROBLEMAS DE IMPLEMENTAÇÃO: A QUESTÃO LEGAL E A VONTADE POLÍTICA**

A trajetória da Reforma Psiquiátrica nos anos 70 e as perspectivas da Reforma da Assistência Psiquiátrica na conjectura da Luta antimanicomial foram importantes marcos na desenvoltura de políticas públicas em saúde mental no país; face a isso, na atualidade a efetiva implementação da Lei de Reforma Psiquiátrica, que determinou a progressiva extinção dos manicômios judiciários, se faz necessária para melhor aplicabilidade das medidas de segurança com o ordenamento jurídico vigente.

As políticas públicas são de interesse para estudos jurídicos porque estão ligadas ao resguardo dos direitos sociais e políticos, os quais são viabilizados por meio de prestações positivas do Estado e significam o alargamento do leque de direito fundamentais, principalmente quanto à efetivação dos direitos aos portadores de transtorno mental em conflito com a lei.

Comparato, (1997) acrescenta que as políticas públicas devem ter finalidade específica, aparecendo como um conjunto organizado de normas e atos tendentes à realização de um objetivo determinado.

Das constatações de Gustavo Pinheiro (2009):

“A maior política de saúde mental do País deve ser sempre fundada na dignidade humana, que fundamenta nossa Constituição, e, por isso, não se deve esperar por nenhum outro marco jurídico ou político para se deflagrar a revolução em saúde mental, que a Constituição Federal já deflagrou em 05 de outubro de 1988.

A evolução democrática e constitucional chegou ao momento da concreção dos direitos fundamentais sociais, caminho irreversível, a despeito da alegada reserva de possibilidade dos poderes públicos, de legitimidade questionável, não se podendo mais admitir que, por suposta ausência ou abstração de conceitos, sejam privados a sociedade e os indivíduos de suas possibilidades constitucionais plenas.

A saúde mental de um povo depende da efetivação de sua Constituição Democrática, documento que, no Estado Democrático de Direito, sempre vai apontar para a liberdade e respeito aos direitos fundamentais da população.”

A necessidade de ser legalmente justo com pessoas que cometeram um crime devido a um transtorno mental, e de prevenir o abuso em relação a pessoas com transtornos mentais que se envolveram no sistema da justiça criminal, são razões adicionais pelas quais é essencial a legislação de saúde mental.

A codificação legislativa admite que as pessoas que não tinham controle sobre suas ações devido a um transtorno mental no momento do crime, ou que eram incapazes de compreender e participar em procedimentos judiciais devido a doença mental, necessitam de salvaguardas processuais na época do julgamento e sentenciamento. Mas o modo como esses indivíduos são detidos e tratados não é, em geral, considerado na legislação ou, quando isso é feito, é de maneira omissa, resultando em abuso dos direitos humanos. A realidade é que hoje no Brasil as cadeias são os novos manicômios judiciais.

A legislação de saúde mental deve redefinir procedimentos para lidar com pessoas com transtornos mentais em várias etapas do processo legal; sendo que na ressocialização e reinserção deve dar amparo para que a Família e o Estado possam acolhe-los (DALLARI,1987)

Com a Lei de Reforma Psiquiátrica, impõe-se uma nova interpretação das relações relativas às medidas de segurança, tanto no Código Penal pelos artigos 26,

96 a 99, no Código de Processo Penal, os artigos 149 a 154, quanto os artigos 171 a 179 e 183 na Lei de Execução Penal.

Para haver a internação compulsória dos pacientes com transtornos mentais em conflito com a lei, deve o Estado prover de forma eficientemente, o mínimo de infraestrutura, com vista à dignidade da pessoa humana, no entanto o sistema de desinternamento psiquiátrico não serve ao fim que se destina de prevenir e ressocializar. Pois, como adverte Tenório, em termos de políticas públicas, isso significa que não basta apenas construir dispositivos extra hospitalares, mas garantir que elas se orientem permanentemente pela tarefa de promover os cuidados que os pacientes psiquiátricos efetivamente requerem. (TENÓRIO, 1999).

A divisão da aplicação das medidas de segurança para os inimputáveis e das penas aos semi-imputáveis se torna outro problema de ordem prática, já que não se pode querer tratar alguém que sofre de um transtorno mental e expô-lo ao cumprimento de pena da mesma forma e local de presos comuns, extremamente prejudicial para ambos.

O STJ também já se pronunciou a respeito:

“A medida de segurança, enquanto resposta, penal adequada aos casos de exclusão ou de diminuição da culpabilidade, previsto no art. 26 caput e parágrafo único, do Código Penal, deve ajustar-se, em espécie à natureza do tratamento de que necessita o agente inimputável ou semi-imputável do fato-crime.”

Uma meta importante do sistema de justiça criminal deve ser assegurar que ninguém com um transtorno mental seja impropriamente mantido sob custódia policial ou numa prisão. No momento, essa meta não é alcançada.

Demasiadas pessoas com transtornos mentais são processadas e presas, frequentemente por delitos relativamente secundários. Existe uma crescente preocupação dos organismos mundiais em relação as pessoas com transtornos mentais encarceradas em prisões, ao invés de serem atendidas em estabelecimentos de saúde mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

A grande quantidade de pessoas com transtornos mentais encarceradas em prisões são um subproduto, entre outras coisas, da inexistência ou disponibilidade reduzida de estabelecimentos públicos de saúde mental, implementação de leis que criminalizam o comportamento inconveniente, o falso conceito difundido de que todas as pessoas com transtornos mentais são perigosas

e uma intolerância da sociedade com o comportamento indócil ou perturbador (AMARANTE, 1997).

Prisões são o lugar errado para pessoas com necessidade de tratamento de saúde mental, já que o sistema de justiça criminal enfatiza mais a repressão e a punição do que o tratamento e a atenção. Onde os estabelecimentos correcionais enfatizam a reabilitação, os programas costumam ser inadequadamente equipados para ajudar as pessoas com transtornos mentais. Infelizmente, as prisões, repito, se tornaram hospitais mentais de fato onde os prisioneiros com graves transtornos mentais são frequentemente vitimados, de modo intencional ou involuntário (BIRMAM, 1992).

A legislação de saúde mental pode ajudar a prevenir e reverter essa tendência desviando as pessoas com transtornos mentais do sistema de justiça criminal para o sistema de atenção à saúde mental. A legislação deve fazer esse redirecionamento em todas as fases dos procedimentos criminais, do momento em que a pessoa é presa e detida pela polícia, passando pelas investigações e procedimentos criminais, e até depois que a pessoa começou a cumprir a sanção por uma infração criminal. Porém mais que uma vontade e um discurso legal é necessário prática política e econômica além da social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

É necessário que existam salvaguardas para proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais, de forma que elas não adoeçam por mais tempo que o necessário em estabelecimentos de saúde mental.

A legislação deve cumprir o estabelecido em suas disposições para a revisão regular da decisão do tribunal para o indivíduo como, por exemplo, o pedido de um relatório psiquiátrico regular. Além disso, todas as pessoas acusadas de delitos criminais que estão detidas em um estabelecimento de saúde mental à espera de julgamento têm os mesmos direitos, procedimentos e salvaguardas que as pessoas que foram admitidas voluntariamente ou por outros meios. Conseqüentemente, devem ter o direito de buscar revisão judicial de sua detenção por uma junta de revisão independente (CORREIA, 2007).

Ademais a legislação também deve assegurar que essas unidades hospitalares estejam sob a supervisão direta de pessoal de saúde mental qualificado, e não de autoridades carcerárias.

Os prisioneiros colocados em unidades hospitalares de prisões ou transferidos para outros estabelecimentos de saúde mental devem ter garantida a proteção de seus direitos e desfrutar das mesmas proteções fornecidas a outras pessoas com transtornos mentais. É necessário legislar sobre estabelecimentos de saúde mental seguros para infratores mentalmente doentes. Os critérios legislativos podem identificar os níveis de segurança necessários para os pacientes e estes níveis devem ser regularmente revistos. Nenhum paciente deve ficar em um hospital em um nível de segurança maior que o necessário. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Os formuladores de políticas nos governos (aos níveis nacional, regional e distrital), o setor privado e a sociedade civil, que tem relutado nesses anos em buscar mudanças no status quo, podem ser obrigados a fazê-lo com base em uma injunção legislativa; outros que podem ter sido restringidos de desenvolver políticas progressivas podem encontrar essa possibilidade mediante essas mudanças legislativas.

Disposições legais podem induzir os formuladores de políticas a desenvolver novas políticas, ao passo que a lei consiga promover o tratamento comunitário como alternativa a admissões involuntárias em hospitais podendo conceder aos formuladores de políticas flexibilidade muito maior para criar e implementar novos programas de base comunitária. Por outro lado, o maior problema da lei ainda é sua implementação.

Dentre as políticas públicas destinadas ao setor prisional somente a resolução de nº04 faz referência ao tratamento aos portadores de transtorno mental em conflito com a lei nas instituições prisionais, neste aspecto a legislação de saúde mental teve o efeito contrário, evitando a implementação de novas políticas de saúde mental em virtude de um marco legislativo existente.

Política e legislação são dois métodos complementares para melhorar a atenção e os serviços de saúde mental, mas, a menos que também haja vontade política, recursos adequados, instituições funcionando corretamente, serviços de apoio comunitário e pessoal de boa formação, a melhor política e a melhor legislação terão pouca importância (COMPARATO, 1997).

Embora a legislação possa fornecer um ímpeto para a criação de tais instalações, serviços e programas, os legisladores e formuladores de políticas

precisam acompanhar todo o processo a fim de perceber os benefícios plenos dos esforços de integração à comunidade.

Todas as políticas de saúde mental exigem apoio político para garantir que a legislação seja corretamente implementada. O apoio político também é necessário para emendar a legislação, após ela ter sido aprovada, para corrigir quaisquer situações indesejadas que possam minar os objetivos da política.

Em suma, legislação de saúde mental e política de saúde mental estão estreitamente ligadas. A legislação de saúde mental pode influenciar o desenvolvimento e implementação da política, ao passo que o inverso também é verdadeiro. A política de saúde mental depende do marco legal para alcançar seus objetivos e proteger os direitos e melhorar as vidas de pessoas afetadas por transtornos mentais.

## **EXPERIÊNCIAS POSITIVAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA LEI 10.216/01**

Segundo Maria Paula Dallari Bucci, (1996, p. 135) as políticas públicas podem se traduzir em “programas de ação, cujo detalhamento ocorre neste tipo de formato, ou seja, em decretos, portarias ou resoluções”. Ressaltando que tais “programas e projetos, como instrumentos das políticas públicas, devem apresentar, sobretudo, o detalhamento das metas, cronogramas e orçamento à sua implantação e consecução.” Conclui a autora que “política é mais ampla que o plano e define-se como o processo de escolha dos meios para a realização dos objetivos do governo, com a participação dos agentes públicos e privados.” Há um paralelo entre “o processo de formulação da política e a atividade de planejamento.”

Algumas estratégias de mudança na atenção à saúde mental de pessoas portadoras de transtorno mental infratoras, tem obtido resultados positivos como é o caso da Postura da Defensoria Pública do Estado de São Paulo na implementação das medidas de segurança; das resoluções implementadas pelo CNPJ; do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) implantado pelo estado de Goiás, em que compete ao órgão responsável pela aplicação das medidas de segurança nesse Estado acompanhar os pacientes submetidos à aplicação da medida de segurança e que devem ser tratados pelos serviços de saúde pública.

O programa do estado de Goiás foi inspirado pelos resultados positivos do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) promovido pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, na qual o autor de delito recebe o tratamento multidisciplinar pela rede pública, sendo acompanhado na aplicação da sua medida de segurança de forma singular, o que permitirá ao juiz obter subsídios para sua decisão no incidente de insanidade mental.

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária editou normas para que sejam apreciadas na execução das medidas de segurança, os direitos dos que possuem transtornos mentais, através da Resolução n. 4, de 30 de julho de 2010.

Na mesma linha, o Conselho Nacional de Justiça, editou a Recomendação n. 35, em 14 de julho de 2011, que dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Recomendando aos Tribunais que a política antimanicomial possua como diretrizes as seguintes orientações:

- “a) mobilização dos diversos segmentos sociais, compartilhamentos de responsabilidades, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental e infundam o respeito aos direitos fundamentais e sociais das pessoas sujeitas às medidas de segurança;
- b) diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, a fim de buscar a intersetorialidade necessária;
- c) criação de um núcleo interdisciplinar, para auxiliar o juiz nos casos que envolvam sofrimento mental;
- d) acompanhamento psicossocial, por meio de equipe interdisciplinar, durante o tempo necessário ao tratamento, de modo contínuo;
- e) permissão, sempre que possível, para que o tratamento ocorra sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, visando sempre à manutenção dos laços familiares;
- f) adoção de medida adequada às circunstâncias do fato praticado, de modo a respeitar as singularidades sociais e biológicas do paciente judiciário; (...)”

Ocorre que, na prática, estes direitos e garantias não são totalmente respeitados, estando os internados em locais caóticos, esquecidos pelo poder público.



No âmbito da Defensoria Pública do Estado de São Paulo foi aprovada a Tese Institucional n. 10/08, vinculante aos defensores, que pleiteia a inexistência de medidas de internação, devendo estas ser aplicadas apenas “aos casos de surto e duram exclusivamente o tempo de permanência do surto”

Há uma evolução no pensamento jurisprudencial onde atualmente diversos julgados têm flexibilizado a obrigatoriedade de internação hospitalar para crimes de reclusão, conforme se infere do julgado abaixo<sup>5</sup>:

“Essa custódia hospitalar obrigatória decorrente exclusivamente da natureza da pena pode se constituir numa medida extremamente excessiva pela forte carga coercitiva pessoal, quando o mal que acomete o sujeito ativo puder ser tratado com terapia ambulatorial ou com a administração de medicamentos recomendados por perícia médica ou, quando esse trabalho afirmar que a doença não é incompatível com a liberdade do agente, por não representar perigo à sociedade. É fato notório que os hospitais da rede pública destinados a tratamento psiquiátrico são escassos, despreparados materialmente e sem aparelhamento médico suficiente, o que acaba frustrando o objetivo curativo da medida de segurança, tornando-a, então, simples segregação. Por isso, só se deve aplicar a internação nos casos irremediáveis, adotando-se, sempre que possível, a orientação de que o juiz deve preferir, sempre que legalmente possível, o tratamento ambulatorial. Está mais do que demonstrada a nocividade da internação psiquiátrica. Os manicômios judiciais, como instituições totais, funcionam com sinal negativo, agravando a situação mental do doente. Com o notável progresso feito pela medicina com relação aos tranquilizantes, a grande maioria dos doentes mentais pode hoje permanecer em segurança com suas famílias.

EMENTA: PENAL. INIMPUTABILIDADE DO RÉU NA ÉPOCA DOS FATOS. MEDIDA DE SEGURANÇA. TRATAMENTO AMBULATORIAL EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL PREVISTOS NA LEI Nº 10.216/01, COM ACOMPANHAMENTO DE MÉDICO DA CONFIANÇA DO PACIENTE. DIREITOS ASSEGURADOS AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL. - Aplicada medida de segurança de tratamento ambulatorial a réu inimputável na época dos fatos, tem este, portador de transtorno mental, nos termos da Lei nº 10.216/01, dentre outros, direito de ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo com as suas necessidades; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, a fim de que possa ser reinserido socialmente em seu meio. Dessarte, ao invés da internação em Instituto Psiquiátrico Forense, fica o paciente obrigado a tratamento ambulatorial nos estabelecimentos de saúde mental previstos na Lei nº 10.216/01, restando facultada a orientação e o acompanhamento

---

<sup>5</sup> extraído da Jurisprudência TRF4 - APELAÇÃO CRIMINAL: ACR 774 RS 2001.71.00.000774-0  
Disponível em: <http://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>.

do tratamento por médico de confiança pessoal do internado, nos termos do art. 43 da LEP.”

O PAI-PJ/MG<sup>6</sup> é um programa que pode ser considerado de êxito na aplicabilidade das diretrizes da Lei 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica). Trata-se de um Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), é um programa do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, que realiza acompanhamento do portador de sofrimento mental em conflito com a lei.

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

Se propõem principalmente ao acompanhamento dos processos criminais nos quais o réu ou sentenciado é ou apresenta indícios de ser portador de sofrimento mental, fornecendo subsídios técnicos para a prestação jurisdicional nas várias fases do processo.

Procura fornecer auxílio a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução das penas e medidas de segurança, de acordo com o previsto na legislação penal vigente; se orientando pelos princípios da reforma psiquiátrica, promovendo o acesso a tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial, também trabalha no sentido de viabilizar a acessibilidade aos direitos fundamentais e sociais previstos.

É um programa de modelo intersetorial, promovendo a parceria do Judiciário, Ministério Público e o Executivo através da rede pública de saúde e da rede de assistência social, de acordo com as políticas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental.

A composição de sua equipe conta com a efetiva participação de psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em Direito, capacitados para atuarem no programa.

O PAI-PJ emergiu de uma pesquisa realizada por estagiários do curso de psicologia do Centro Universitário Newton Paiva. A partir de um levantamento, os estudantes analisaram processos criminais em que os autores do ato infracional eram portadores de sofrimento mental. E ao ser apresentado e aprovado pelo

---

<sup>6</sup> Site referência a todos os dados do Projeto PAIPJ/MG  
[http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/nucleos\\_regionais.html](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/nucleos_regionais.html)

TJMG, o projeto-piloto adquiriu status de programa. E Em dezembro de 2001, ele foi implantado, através da Portaria-Conjunta nº 25/2001.

Em julho de 2002, foi inaugurada a Casa PAI-PJ, em parceria com o Centro Universitário Newton Paiva, possibilitando a ampliação do campo de assistência. Coordenada pela psicóloga judiciária e psicanalista Fernanda Otoni, a instituição realiza acompanhamento em processos criminais em que o réu é ou apresenta indícios de ser portador de sofrimento mental.

Ao fazer o acompanhamento integral do paciente judiciário, em todas as fases do processo criminal, o Programa propõe a garantia dos direitos fundamentais e sociais previstos na Constituição Federal, promove a responsabilização do indivíduo pela infração cometida e o resgate de seus laços sociais, de acordo com os princípios da Lei Antimanicomial 10.216/01.

O Programa visa trabalhar no acompanhamento dos processos judiciais com indicativos de incidente de insanidade mental, ou já sentenciados com medida de segurança, bem como outros tipos de processo, onde a autoridade judicial julgue importante a inclusão do réu/sentenciado na metodologia do PAI-PJ, auxiliando o Juiz na aplicação e execução da sentença e na promoção da inserção social do sentenciado.

Todo o trabalho de inserção é desenvolvido através do acompanhamento caso a caso, considerando a sua singularidade clínica, social e jurídica, secretariando o paciente judiciário, em sua construção do laço com a família, comunidade e/ou território social.

Conforme a Resolução nº 633/2010, o 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.

O PAI – PJ tem dois tipos de núcleos, sendo um núcleo supervisor e núcleos regionais, os quais são vinculados administrativa e disciplinarmente aos diretores de foro das comarcas onde forem instalados.

O Núcleo Supervisor do PAI-PJ tem sede na Comarca de Belo Horizonte e atuação em todo o território do Estado, prestando orientação metodológica e monitorando as atividades dos Núcleos Regionais.

A Portaria-Conjunta nº181/2010, DJe 26/05/2010, dispõe sobre a instalação e a designação de servidores do núcleo supervisor do Programa de

Atenção ao Paciente Judiciário, PAI-PJ. Os núcleos regionais do PAI-PJ são vinculados aos diretores de foro das comarcas onde forem instalados, serão sempre compostos por equipe interdisciplinar de assistência jurídica, psicológica e social e a sua instalação será efetivada mediante Portaria-Conjunta do Presidente do Tribunal de Justiça e do Corregedor-Geral de Justiça, por proposta do núcleo supervisor, após a verificação da viabilidade técnica e orçamentária da medida, pelos setores próprios da Secretaria do Tribunal.

Os Núcleos Regionais do PAI-PJ serão preferencialmente estruturados mediante parceria com outros órgãos públicos e entidades públicas e privadas, que firmem termo de cooperação técnica com o Tribunal de Justiça, podendo contar com o apoio de prestadores de serviço voluntário, devidamente cadastrados e cujas atribuições serão estabelecidas mediante Portaria-Conjunta do Presidente do Tribunal de Justiça e do Corregedor-Geral de Justiça. Verificam-se suas atribuições 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.”

Em Barbacena-MG, há um núcleo instalado através da Portaria-Conjunta nº192/2010, DJe 16/08/2010 composto por equipe interdisciplinar cedida pela

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, conforme estabelecido no Termo de Cooperação Técnica - CV nº 250/2010.

O trabalho do PAI-PJ é baseado em etapas, se constrói um projeto de atenção integral de cada caso, através de entrevistas periódicas com o paciente judiciário e estudo dos autos, visando colher dados para a elaboração do projeto de atenção integral e contato e discussão com a equipe da rede pública de saúde, responsável pela condução do tratamento do paciente judiciário, e com a rede social.

Posteriormente o paciente judiciário é direcionado ao tratamento na rede pública de assistência em saúde mental e/ou aos serviços disponíveis na rede da cidade, especializados em assistência social, orientação e atenção jurídica, serviços de saúde ou quaisquer outros em condições de atender ao projeto de atenção Integral do caso.

Para tal, é preciso se realizar o acompanhamento sistemático do paciente judiciário, bem como manter o contato e discussões permanente com a rede pública de saúde, visando efetivar o projeto de atenção integral de cada caso.

O acompanhamento social do paciente judiciário mantém contato permanente com a rede social<sup>7</sup>, visando a sua promoção social, a sua autonomia e a efetivação das políticas públicas sociais pertinentes ao seu caso.

No acompanhamento jurídico, devem ser emitidos relatórios e pareceres e encaminhá-los à autoridade judicial, fornecendo: informações sobre o acompanhamento do caso; sugestões para a alteração da situação judiciária do paciente judiciário nas várias fases do processo, com base em subsídios advindos do acompanhamento clínico-social; subsídios técnicos para a execução penal, nas diversas fases do tratamento; parecer interdisciplinar sobre a pertinência do exame de sanidade mental e de exame de cessação de periculosidade; parecer

---

<sup>7</sup> Considera-se rede social a família, os amigos, as relações de trabalho, as instituições e os grupos dos quais o paciente judiciário participa ou deseja participar. Através de visitas domiciliares e institucional visando conhecer a realidade na qual o sujeito foi, está ou virá a ser inserido, busca-se por meio de entrevistas com a família do paciente ou com o seu grupo de convivência, a fim de construir a sua história sócio-familiar, sensibilizar a família e seu meio social para uma melhor convivência com o paciente judiciário, zelando pela promoção do acesso à moradia, trabalho, educação, saúde, lazer, profissionalização, geração de renda, obtenção de documentos, realizando orientações e encaminhamentos do paciente judiciário a instituições públicas e privadas diversas (BARROS, 2002).

interdisciplinar sobre a individualização da pena e modulação da medida de segurança.

Acompanha-se a tramitação processual nas diversas fases da Instrução e da Execução Penal dos autos, realiza-se o acompanhamento sistemático da movimentação processual pelo SISCOP<sup>8</sup> e em consulta dos autos nas secretarias criminais; assiste o paciente judiciário em suas participações em audiências, apresentação em juízo em caso de *sursis* (livramento condicional), prestação de serviço à comunidade, juntada de atestado, bem como em outros atos processuais possibilitando que os direitos do paciente judiciário estejam sempre assegurados, de tal maneira que se necessário contata o advogado ou defensor público e/ou o representante do Ministério Público.

Inclusive, pode vir a encaminhar promoção ao juiz competente, a qualquer tempo, no caso de solicitação de escolta; regularização de documentos; autorização para deslocamento (consultas médicas e odontológicas, visitas domiciliares, exames, perícia criminal e previdenciária, falecimento de parentes); suspensão de escolta, em casos de internação; solicitação para Acompanhamento Terapêutico (AT) de paciente internado, de acordo com o projeto do caso; solicitação, junto ao juízo competente, de marcação de entrevista do paciente judiciário com o juiz.

Quanto da construção do caso, ocorre por meio de reuniões sistemáticas, visando novas ações que orientem a clínica feita por muitos. As reuniões são periódicas com peritos oficiais, apresentando os dados relativos aos acompanhamentos do caso que ocorrem após a realização de perícias de sanidade mental e cessação de periculosidade e antes da elaboração do laudo.

No encerramento do acompanhamento do caso, zela-se sempre que possível, pela efetividade da promoção da inserção social do paciente judiciário, nos seguintes casos: extinção de punibilidade - art. 107 CP; transferência do processo para outra comarca; impossibilidade de localização; dispensa judicial do acompanhamento. Ainda são realizadas entrevistas com o paciente judiciário

---

<sup>8</sup> Com o objetivo de auxiliar os servidores da justiça de primeira instância, nas funcionalidades do sistema de informatização dos serviços das comarcas – SISCOP, a GESCO elaborou enunciados cujo objetivo é o de esclarecer as principais dúvidas relativas à correta utilização e padronização das tabelas processuais unificadas: *assuntos processuais* – visa padronizar o cadastramento das matérias ou temas discutidos nos processos; *classes processuais* – utilizadas na classificação do procedimento judicial ou administrativo adequado ao pedido e, *movimentação processual* – utilizada para o registro dos procedimentos e rotinas dos atos processuais que impulsionam o processo. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/corregedoria/siscom/>.

visando a conclusão do acompanhamento e verificando a efetivação de sua inserção social.

Durante todo o processo de acompanhamento busca-se integrar o paciente à rede de recursos da cidade, rede de saúde e social, visando que seu desligamento do programa, ao final, seja um movimento desejável e trabalhado no curso do projeto. Caso ainda seja necessário ao paciente judiciário contar com a referência do Programa, o PAI-PJ se coloca à disposição para acompanhar esse processo de desligamento para que ocorra de modo responsável.

Hoje são parceiros do programa a Secretaria de Estado da Defesa Social, as Secretarias de Saúde do Estado e do Município de Belo Horizonte, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), a Escola Brasileira de Psicanálise, o Fórum Mineiro de Saúde Mental, o Centro Universitário Newton Paiva, entre outros.

Ao longo desses 10 anos, o Programa conseguiu romper com a antiga cultura de execução penal, promovendo o acesso dos portadores de sofrimento mental que praticaram ato infracional ao tratamento adequado na rede pública, em substituição ao velho modelo manicomial. A equipe do PAI-PJ é composta por psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em Direito. Desde sua implantação, já passaram pelo programa 799 pacientes. O índice<sup>9</sup> de reincidência é de 2%, registrado somente em crimes de menor gravidade.

Com mais de dez anos de funcionamento, o PAI-PJ vem ganhando destaque nacional e internacional. Serviu de base para um projeto semelhante, dos ministérios da Justiça e da Saúde, sendo inicialmente implantado em Goiânia/GO, nomeado de Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI).

Os resultados atingidos pelo programa permitiram destruir o mito que envolve o doente mental. O índice de reincidência é praticamente zero, sendo que nenhum dos pacientes condenados pela prática de crime violento voltou a cometê-lo.

Do total de 799 processos, permanecem ativos 246 e já constam arquivados 553.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Dados estatísticos no site do programa e no sito do CNJ.[http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/endereco.html](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/endereco.html)

<sup>10</sup> Dados estatísticos no site do programa e no sito do CNJ.[http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/endereco.html](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/endereco.html)

Desde de março de 2010, os infratores com sofrimento mental que são atendidos pela equipe do PAI-PJ, destes, 70% estão cumprindo medida de segurança em casa, junto de seus familiares, trabalhando ou estudando, 23% estão em regime de internação e 7% estão internados na Rede Pública de Saúde. Dados do Programa quanto a essa situação jurídica, informam que: 46% estão em cumprimento de medida de segurança, sendo ambulatorial 26%, internação 10% e liberação condicional 10%; são 35% processos em andamento, cumprimento de pena - 17%; estão no Projeto Piloto do Juizado de Acompanhamento de Adolescentes de medidas socioeducativas 2% e outras situações perfazem 2%.<sup>11</sup>

Apesar de tantos esforços à implementação da lei, ainda está longe de ser uma realidade para o país. As prisões são nossos atuais manicômios e poucos leitos foram implementados no sistema de saúde brasileiro.

## **CONCLUSÃO**

Após tantas décadas, questionar o sistema de incidência do poder na vida dos indivíduos por meio da nossa própria deformidade cultural, a inter-relação da estrutura produtiva, as indagações acerca dos poderes-saberes que norteiam as instituições que instituímos e as quais nos sujeitamos, nossa aceitação da governalidade, da exclusão..., essas percepções tão foucaultianas, tão nossas, tão atuais repercutem nas leis.

A lei atende a todos os princípios e diretrizes da Organização Mundial de Saúde - OMS, quanto a sua formatação, no entanto, suas omissões quando da

---

<sup>11</sup> idem



contemplação de sua implementação permitem que a maioria dos que possuem algum transtorno mental e estejam em conflito com a lei ainda permaneçam em prisões comuns, gerando no sistema uma situação carcerária ineficiente e esdrúxula.

Não há política pública em plena efetividade, que garanta a salvaguarda dos direitos dos presos com algum problema psiquiátrico. Como é fato que não existe programa de prevenção específica para a questão do comportamento delituoso nessa ceara.

A realidade é que ações de promoção e prevenção desde a primeira infância diminuem os fatores de risco ao comportamento antissocial e criminoso de portadores de algum tipo de transtorno mental, mas em relação ao nosso panorama social e de saúde nacional isso seria ilusório.

A lei atual é omissa no que se refere a estrutura mínima, segurança específica e atendimento médico constante. Corrobora a esse fato, para dificultar ainda mais a implementação da lei, a infraestrutura do sistema jurídico a nível nacional que tomou pouca atitudes para efetivação da lei da reforma psiquiátrica. Afinal esse é um setor que historicamente/economicamente foi mais vantajoso, privatizado.

Projetos como o PAI-PJ/TJMG, o PAILILI/GO, são iniciativas que devem ser adotadas por todos os estados como é recomendado pelas Resoluções nº 35 e nº 633 do CNJ, também outras medidas paliativas são válidas como a Tese Institucional n. 10/08, vinculante aos defensores do Estado de São Paulo, em busca da implementação efetiva da Lei da Reforma Penitenciária.

Por se tratar de uma tese monográfica, restringiu-se a unidisciplinaridade ao campo acadêmico do conhecimento jurídico. Entretanto, isto faz com que não se findem as possibilidades de investigação, posto que cabem outras perspectivas à luz da transdisciplinaridade do tema.

## REFERÊNCIAS

ALVIM, Rui Carlos Machado. Uma Pequena História das Medidas de Segurança. São Paulo: IBCCrim, 1997.

AMARANTE, P. (1997) Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos, Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Saúde e Democracia: a luta do CEBES. (FLEURY, S. org.) São Paulo: Lemos editorial.

AMARANTE, P. (2003b) A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica In: Amarante (coord.) Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora.

AMARANTE, P. & GIOVANELLA, L., (1994) O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica (P. Amarante, org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

AMARANTE, P. & YASUI, S. (2003) Avanço e retrocesso na Reforma Psiquiátrica: notas para refletir a Lei 10.216. mimeo.

AMARANTE, P. (1995) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2ªed.

AMARANTE, P. (1999) Manicômio e Loucura no Final do Século e do Milênio. In: Fim de Século: ainda manicômios? (M. I. A. Fernandes, I. R. Scarcelli & E. S. Costa, orgs.) São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

AMARANTE, P. (2003a) Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ.

BARROS, D. (1990) A Desinstitucionalização é Desospitalização ou Densconstrução? Revista de Terapia Ocupacional. USP, São Paulo, 1(2), p.101-106.

BARROS, D. (1994) Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial.

BARROS, D. Fernanda Otoni de. Um Programa de Atenção ao Louco Infrator In: Revista do Conselho de Criminologia e Política Criminal. Belo Horizonte.V.5. Dez/2002.

BASÁGLIA, Franco As instituições da violência. In: BASÁGLIA, Franco (coord.) A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BENEVIDES, R. (2002) De vítima a testemunha, de testemunha a cidadão: crises e identidades. In: Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos.

(Rauter, C., Passos, E., Benevides, R., org.) Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Editora TeCorá.

BEZERRA, Jr, B. (1992) Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Psiquiatria sem hospício: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. (Bezerra, Jr. B., Amarante, P. orgs) Rio de Janeiro: Relumê-Dumará.

BIRMAN, J. (1992) A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Psiquiatria sem hospício: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. (Bezerra, Jr. B., Amarante, P. orgs) Rio de Janeiro: Relumê-Dumará.

BRASIL (2002). 2001. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

BRASIL (2002). Ministério da Saúde (2002) Legislação em Saúde Mental 1990-2002. 3ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL (2002). Portaria no 2391/GM, de 06 de dezembro de 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF.

BRASIL (2002)., Resolução nº. 05, de 4 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº. 10.216 de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/>.

BRASIL. Código Civil de 1916

BRASIL. Decreto 6.949/2009, de 25 de agosto de 2009. Diário Oficial da União: 26 de agosto de 2012. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)

BRASIL. Decreto Legislativo n. 186, de 2008, publicado no DOU de 10/07/2008. [http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/Constituicao/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Constituicao/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm).

BUCCI, Maria Paula Dallari. As políticas públicas e o direito administrativo. Revista Trimestral de Direito Público. São Paulo: Malheiros, n. 13, 1996

CAETANO, Haroldo. Execução Penal. Porto Alegre: Magister editora, 2006.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, Coordenação de Publicações, (2002). Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei 10.216 (2001; Brasília).

CARRARA, S. Crime e loucura – o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro, Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998.

CASTEL, R. (1978) A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal.

CHARAM, I. (1986) A legislação sobre doentes mentais no Brasil. Revisão e estudo crítico. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

COMPARATO, Fábio Konder. Ensaios sobre o Juízo das constitucionalidades das políticas públicas. In: MELLO, Celso Bandeira de. (Org.) Estudos em Homenagem a Geraldo Ataliba. São Paulo: Malheiros, 1997, v. 2.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos . Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 22 dez. 2009.

COSTA, J.F. (1989). História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Xenon Ed. 4ª ed.

DALLARI, D.A. (1987) Da fundamentação natural da lei à conquista dos direitos fundamentais. In: Saúde Mental e Cidadania. (Marsiglia, R.G. et al.), pp. 29 – 43. São Paulo: Edições Mandacaru/Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo.

DOWER, Néson Godoy Bassil, *Direito Penal Simplificado (Parte Geral)*. Ed. Nelpa, São Paulo, 2000.

FOUCAULT, Michel, (2000) *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

FOUCAULT, Michel, 1926-1984. *História da Loucura: na Idade clássica/ Michel Foucault; [tradução José Teixeira Coelho Neto]*. – 8. ed. – São Paulo: Perspectiva, 2005. – (Estudos; 61/ dirigida por J. Guinsburg)

FOUCAULT, Michel, 1926-1984. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)/ Michel Foucault; tradução Eduardo Brandão*. – São Paulo: Martins Fontes, 2001.- (Coleção tópicos)

GOFFMAN, E., (1999) *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 6a edição. 1a publicação original em 1961.

GOULART, Maria Stella B. *A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica*. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 1, n.1, São João Del Rei, jun. 2006.

GOULART, Maria Stella B. *Relatório final da pesquisa: “Instituto Raul Soares: o hospital psiquiátrico na Reforma” nº 1354 (FIP)*. 2008 – Pontifica Universidade Católica de Minas Gerais.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA (2004) *Conversando com o Ministério Público: o Ministério Público e a Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito Penal da Loucura**. Brasília: ESMPU, 2008.

JACOBINA, Paulo. *Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica*.

JESUS, Damásio E. de. *Código Penal Anotado*. 12º ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

LEI DE 30 DE JULHO DE 1838 sobre os alienados. In: *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. (Castel, R.), pp.305 – 316. Rio de Janeiro: Edições Graal.

LEVORIM, Marco Polo. Princípio da legalidade na medida de segurança: determinação do limite máximo de duração da internação . São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2003.

MACHADO, R. 1981. In: Ciência e Saber – A trajetória da arqueologia de Foucault. Rio de Janeiro: Graal.

MARCHEWKA, T. (2003) A Reforma Psiquiátrica como Justiça Social: a atuação do Ministério Público na garantia do direito à saúde mental. Monografia apresentada a Faculdade de Direito da Universidade de Brasília/ENSP/ Especialização à Distância em Direito Sanitário. Brasília.

MARSIGLIA, R.G. (1987) Os cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo. In: Saúde Mental e Cidadania. (Marsiglia, R.G. et al.), pp. 13-28. São

MEDEIROS, Soraya Maria de. GUIMARÃES, Jacileide. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. IN: Ciência e Saúde Coletiva São Paulo: 7(3) 571-579, 2002. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14138123200200030014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200200030014)

MINAS GERAIS. Secretária de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238p.

MIRABETE, Júlio Fabrine. *Manual de Direito Penal*. São Paulo. Atlas.

MONTEIRO, Vítor Trigo. A adoção do modelo antimanicomial nas medidas de segurança: uma questão de direitos humanos. Jus Navigandi, Teresina, ano 18, n. 3498, 28 jan. 2013 . Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/23557>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

nova esperança. Lisboa: Climeps Editores, 2002.

NUCCI. Guilherme de Souza. Código Penal Comentado. 9ª edição. 2009.p.276

OLIVEIRA, Paulo José de Azevedo. Disponível em:

[www.simplesmentepaulinhomalucolegal.com.br](http://www.simplesmentepaulinhomalucolegal.com.br) Acesso em: 20/03/2008.

Organização Mundial da Saúde: Relatório mundial da saúde mental: nova concepção,

PALAZZO, L.O. (2000) A Evolução dos Direitos Humanos e suas Novas Dimensões. In: Psicologia, Ética e Direitos Humanos. (Conselho Federal de Psicologia) São Paulo: Casa do Psicólogo.

PEREIRA, Carlos. 10 anos da Lei Carlão. Disponível em:  
[http://www.vereadorcarlao.com.br/trajetoria-detalhe.php?CodTrajetoria=75&CodTrajetoria\\_Detalhe=220](http://www.vereadorcarlao.com.br/trajetoria-detalhe.php?CodTrajetoria=75&CodTrajetoria_Detalhe=220)> Acesso em 24/02/2008.

PEREIRA, R.C. (1997) Lugar de louco é no hospício? Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica. Tese de Mestrado, ENSP/ Fiocruz.

PESSOTTI, Isaias. A loucura e as épocas. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2001  
PINHEIRO. Gustavo Henrique de Aguiar Comentários À Lei Da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001)Fortaleza: Tear da memória, 2010.

PINHEIRO. Gustavo Henrique de Aguiar. Biodireito Constitucional e Saúde MentalFortaleza: Tear da Memória, 2010. No prelo. Manuscrito gentilmente cedido pelo autor.

PITTA, A. & DALLARI, S.G. (1992) A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. In: Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Nº 36 – Outubro.

PRADO, Luiz Regis. Curso de *Direito Penal Brasileiro*. V. I Parte Geral, 4º ed. São Paulo, RT 2004.

PROJETO DE LEI 3.657 de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

REIS, E. (1999) Cidadania: história, teoria e utopia. In: Cidadania, justiça e violência. (Pandolfi, D. C. et al. org) Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas.

REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903.Reorganiza a assistência a alienados. Collecção ds leis de 1908:



Actos do Poder Legislativo. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, RJ, v. 1, 1907, pp. 182-187.

REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. Decreto nº 24.559 de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Colleção ds leis de 1934: Actos do Governo Provisório. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, RJ, v. 4.1, 1936, pp. 351-360.

RESENDE, H. (1990) Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. (Tundis, S.A. & Costa, N.R) Petrópolis: Vozes. RESENDE, Rosário Américo de. Disponível em: <http://www.fardesign.com.br/pazplena>.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. & MAURI, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In: Desinstitucionalização (F. Nicácio, org.), pp. 17 – 59, São Paulo: Editora Hucitec, 2ª edição.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização . 2. ed. São Paulo : Hucitec, 2001. p. 25.

SANTOS, Núbia Schaper, ALMEIDA, Patty Fidelis de, VENANCIO, Ana Teresa et al. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicol. cienc. prof.* [online]. dez. 2000, vol.20, no.4, p.46-53. Disponível na World Wide Web: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932000000400006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400006&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1414-9893. Acesso em: 25/02/2008.

SANTOS, W.G. (1979) Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro: Ed.Campus.

SARACENO, B. (2001) Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia / Te Corá Editora.

TENÓRIO, F. Cadernos IPUB -Por uma assistência psiquiátrica em transformação: conhecer para cuidar. UFRJ: nº 3 e 4. 1999.

TUNDIS, Silvério Almeida; Costa, Nilson do Rosário. *Cidadania e Loucura. Políticas de saúde mental no Brasil.* – 7ª. Ed. – Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

TYKANORI, R. (1987) Uma experiência pioneira. A reforma psiquiátrica italiana. In: *Saúde Mental e Cidadania.* (Marsiglia, R.G. et al.), pp. 67 – 83. São Paulo: Edições Mandacaru/Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. PIARANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal Brasileiro.* Parte geral. 5º ed. São Paulo. RT 2000.