

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS  
FACULDADE NACIONAL DE DIREITO**

**O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MANICÔMIO  
JUDICIÁRIO: O CASO DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E  
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HENRIQUE ROXO**

**MARIANA AMARAL PEREIRA**

**RIO DE JANEIRO  
2016 / 2º Semestre**

MARIANA AMARAL PEREIRA

**O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MANICÔMIO  
JUDICIÁRIO: O CASO DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E  
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HENRIQUE ROXO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade Nacional de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito, sob a orientação do Prof. Dr. Cezar Augusto Rodrigues Costa.

**RIO DE JANEIRO**

**2016 / 2º Semestre**

## CIP - Catalogação na Publicação

P436p      Pereira, Mariana Amaral  
              O processo de desinstitucionalização do  
              manicômio judiciário: o caso do Hospital de  
              Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo /  
              Mariana Amaral Pereira. -- Rio de Janeiro, 2016.  
              112 f.

              Orientador: Cezar Augusto Rodrigues Costa.  
              Trabalho de conclusão de curso (graduação) -  
              Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade  
              de Direito, Bacharel em Direito, 2016.

              1. Direito Penal. 2. Direito Processual Penal.  
              3. Medida de Segurança. 4. Manicômio Judiciário. 5.  
              Reforma Psiquiátrica. I. Costa, Cezar Augusto  
              Rodrigues, orient. II. Título.

CDD 341.5816

**MARIANA AMARAL PEREIRA**

**O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MANICÔMIO  
JUDICIÁRIO: O CASO DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E  
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HENRIQUE ROXO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade Nacional de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito, sob a orientação do **Professor Dr. Cezar Augusto Rodrigues Costa**.

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Cezar Augusto Rodrigues Costa

---

Membro da Banca

---

Membro da Banca

**RIO DE JANEIRO**

**2016 / 2º Semestre**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Sérgio e Rosinete, por terem me dedicado tanto amor e carinho durante toda a vida e pelo suporte material e emocional, para que eu pudesse concluir a graduação.

À minha irmã e amiga, Mariane, pelo estímulo nos momentos de cansaço e pela companhia durante as madrugadas na elaboração desta monografia.

Às minhas amadas avós, Manoelina e Nelza, por todo o carinho e incentivo.

Aos queridos amigos da Faculdade Nacional de Direito pelo companheirismo e solidariedade durante todo o curso, compartilhando momentos de alegrias e dificuldades.

Aos professores Cezar Augusto Rodrigues Costa, orientador deste trabalho, e Luiz Eduardo de Vasconcellos Figueira, que, durante as aulas de direito penal e sociologia jurídica, me instigaram a pesquisar sobre o tema ao revelarem a realidade dos sujeitos invisibilizados nos manicômios judiciários do país.

Aos juízes da Vara de Execuções Penais pela autorização desta pesquisa.

À direção e aos funcionários do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo pela permissão e participação na realização desta pesquisa.

Aos internados do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo pela disponibilidade em conversar e compartilhar suas vivências comigo, tornando possível a produção deste trabalho.

*“É a prática dos direitos e da singularidade que curam: só assim a cidadania é realmente terapêutica”.*

Ernesto Venturini

## RESUMO

Esta é uma pesquisa que pretende analisar o processo de desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, em Niterói. Em um primeiro momento, buscou-se apresentar o instituto da medida de segurança no ordenamento jurídico brasileiro, discutindo acerca do sistema de responsabilização penal, do incidente de insanidade mental, bem como da execução da medida de segurança. Foi trazido ao debate a reforma psiquiátrica brasileira e as normativas nacionais relativas ao tema. Com o propósito de conhecer a realidade da instituição e as iniciativas de desinstitucionalização, foram realizadas três visitas ao HCTP durante o mês de setembro de 2016, oportunidade em que foram realizadas observações no diário de campo, entrevistas com internados, funcionários da equipe técnica e agentes penitenciários e participação em reunião com servidores do HCTP. No desenvolvimento do presente estudo, também foram utilizadas doutrinas, normativas, relatórios e artigos científicos relevantes acerca do tema, além de informações colhidas em palestras e seminários. Como resultado, verificou-se que o manicômio judiciário é um lugar de violação aos direitos humanos dos portadores de sofrimento mental em conflito com a lei, que estão privados de sua liberdade em razão de uma pretensa finalidade curativa que, em verdade, só produz exclusão e sofrimento.

**Palavras-chave:** desinstitucionalização; medida de segurança; manicômio judiciário; reforma psiquiátrica.

## ABSTRACT

This is a research which intends to analyze the deinstitutionalisation process of the Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, in Niterói. At a first moment, it was sought to present the institute of compulsory hospitalisation on the Brazilian legal system, discussing the issues of criminal liability, mental illness incident, as well as the implementation of compulsory hospitalisation. It was brought to discussion the Brazilian psychiatric reform and the national laws relative to the topic. In order to reach an understanding of the real state of the institution and the deinstitutionalisation initiatives, three visits to the HCTP were made during September, 2016, an opportunity in which notes were taken on the field journal, interviews with interns, members of the technical staff and detention officers and participation in a meeting with employees of the HCTP. On the developing of the present study, Doctrines, normatives, reports and scientific articles of significance to the theme were also used, in addition to collected data from speeches and seminars. As a result, it was concluded that the judiciary asylum is a place of violation of human rights towards the mentally ill in conflict with the law, who is deprived of freedom due to a false healing purpose that, actually, only causes exclusion and suffering.

**Keywords:** deinstitutionalisation; compulsory hospitalisation; judiciary asylum; psychiatric reform.



## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CDPD</b>	Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CNJ</b>	Conselho Nacional de Justiça
<b>CNPCP</b>	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
<b>CP</b>	Código Penal
<b>CPP</b>	Código de Processo Penal
<b>DEPEN</b>	Departamento Penitenciário Nacional
<b>HCTP</b>	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
<b>LAP</b>	Laudo de Avaliação Psicossocial
<b>LEP</b>	Lei de Execução Penal
<b>MJ</b>	Ministério da Justiça
<b>PAI-PJ</b>	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
<b>PAILI</b>	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>SEAP</b>	Secretaria de Administração Penitenciária
<b>SRT</b>	Serviço Residencial Terapêutico
<b>STF</b>	Supremo Tribunal Federal
<b>STJ</b>	Superior Tribunal de Justiça
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TJRJ</b>	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
<b>VEP</b>	Vara de Execuções Penais

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1 O INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO</b> .....	15
1.1 Sistemas de responsabilização penal .....	15
1.2 O sistema de produção de prova no processo penal brasileiro .....	20
1.3 O incidente de insanidade mental.....	22
1.4 A execução da medida de segurança.....	26
1.4.1 <u>O exame de cessação de periculosidade</u> .....	29
<b>2 O LAUDO PERICIAL PSIQUIÁTRICO E A DECISÃO JUDICIAL</b> .....	32
<b>3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E AS NORMATIVAS NACIONAIS SOBRE O CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA</b> .....	37
3.1 O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil.....	37
3.2 A Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001: Lei da Reforma Psiquiátrica.....	42
3.3 A Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015: Estatuto da Pessoa com Deficiência.....	44
3.4 Portarias, Resoluções e Recomendações.....	47
<b>4 A REALIDADE DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HENRIQUE ROXO</b> .....	50
4.1 O trabalho de campo .....	50
4.1.1 <u>O cenário do estudo</u> .....	50
4.1.2 <u>Atores da pesquisa</u> .....	53
4.1.3 <u>Coleta de dados</u> .....	54
4.1.4 <u>Análise dos dados</u> .....	56
4.1.5 <u>Discussão dos resultados</u> .....	56

<b>5 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO</b> .....	75
<b>5.1 O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário: PAI-PJ</b> .....	76
<b>5.2 O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator: PAILI</b> .....	77
<b>5.3 O Programa Des’medida – Saúde Mental e Direitos Humanos: Por um Acompanhar na Rede</b> .....	78
<b>5.4 A luta pela desinstitucionalização no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo</b> .....	79
<b>CONCLUSÃO</b> .....	87
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	90
<b>APÊNDICE 1</b> .....	95
<b>APÊNDICE 2</b> .....	96
<b>APÊNDICE 3</b> .....	97
<b>ANEXO 1</b> .....	98
<b>ANEXO 2</b> .....	101
<b>ANEXO 3</b> .....	111

## INTRODUÇÃO

Este é um trabalho de conclusão de curso de graduação em Direito – Bacharelado na UFRJ, que tem por base de conhecimento a área do Direito Público e da Teoria do Direito, especificamente, o Direito Constitucional, o Direito Penal, o Direito Processual Penal e a Sociologia Jurídica, possuindo o título “O processo de desinstitucionalização do manicômio judiciário: o caso do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo”.

A pesquisa pretende analisar quais são os mecanismos e as ações desinstitucionalizantes operadas pelos atores sociais no processo de ruptura com os paradigmas psiquiátricos clássicos e a lógica manicomial, a fim de superar o manicômio judiciário, especificamente, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, garantindo os direitos fundamentais e o exercício da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico submetidos ao instituto da medida de segurança.

De maneira introdutória, é importante esclarecer que a Lei nº 10.216/2001, com inspiração na antipsiquiatria e no movimento antimanicomial, reorienta o modelo de assistência em saúde mental, estabelecendo que a internação psiquiátrica, em qualquer modalidade, é medida extrema e só deve ser tomada quando da insuficiência dos recursos extra-hospitalares, além de proibir sua prática em instituições com características asilares.

Nos moldes da política de assistência psiquiátrica extramuros, a Resolução nº 04/2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), também determina, em seu artigo 6º, que “o Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário”.

Da mesma forma, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, ao dispor sobre as formas de tratamento de saúde, estabelece, em seu artigo 11, que “a pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada”.

Contudo, a realidade do cumprimento das medidas de segurança no país é outra. Segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), no levantamento realizado em 2014<sup>1</sup>, ainda existem 20 (vinte) estabelecimentos no país subordinados às Secretarias Estaduais de Administração Penitenciária destinados ao cumprimento de medidas de segurança. No interior destes estabelecimentos há cerca de 2.497 (duas mil quatrocentos e noventa e sete) pessoas, entre homens e mulheres, privadas de sua liberdade, para tratamento psiquiátrico compulsório.

E em sentido inverso ao processo de reforma psiquiátrica e à previsão de fechamento dos estabelecimentos asilares até 2020, foram construídos outras seis instituições de custódia, após a promulgação da Lei nº 10.216/2001: o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha, São Paulo, em 2001; o Centro de Apoio Médico e Pericial de Ribeirão das Neves, em 2002; a Ala de Tratamento Psiquiátrico Unidade de Saúde Mental II de Mato Grosso, em 2003; o Hospital Penitenciário Valter Alencar do Piauí, em 2004; a Enfermaria da Unidade Prisional da Capital Ênio Pinheiro, de Rondônia, em 2006; e o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará, em 2007<sup>2</sup>.

O que se indaga é a razão pela qual aos sujeitos portadores de sofrimento mental em conflito com a lei é negada a possibilidade do direito a ter direitos. Afinal, de que maneira o regime jurídico dispensado a essas pessoas obstaculiza o acesso aos direitos e garantias individuais fundamentais?

Assim, o presente estudo, inicialmente, debruçou-se sobre o instituto da medida de segurança no ordenamento jurídico brasileiro, discutindo-se o sistema de responsabilização penal dos sujeitos considerados inimputáveis, sob a lógica da periculosidade, e o sistema de produção de prova no processo penal. O primeiro capítulo do trabalho se propôs também a discutir sobre a execução das medidas de segurança e o exame de cessação de periculosidade, revelando o embate entre o laudo psiquiátrico elaborado pelos peritos psiquiatras do Instituto de Perícias Heitor Carrilho e os pareceres psicossociais emitidos pela equipe multidisciplinar do HCTP Henrique Roxo.

---

<sup>1</sup> BRASIL, Ministério da Justiça/InfoPen. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Brasília, 2014. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2016.

<sup>2</sup> DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, p. 22.

Em um segundo momento, foi feita uma análise acerca da relação entre o laudo médico psiquiátrico e a decisão judicial, no intuito de esclarecer como se dá a valoração da prova pericial psiquiátrica no processo penal.

No terceiro capítulo, tratou-se sobre a reforma psiquiátrica brasileira e seus reflexos na imposição da medida de segurança, revelando o duplo estigma do “louco infrator” e apontando normativas nacionais acerca da mudança de perspectiva operada pela lógica antimanicomial.

No capítulo seguinte, fez-se um estudo sobre a realidade de HCTP Henrique Roxo, abordando as características de uma instituição total através da análise dos discursos dos internados, da equipe técnica e da equipe de segurança, além de observações realizadas durante a pesquisa de campo e participações em reuniões, palestras e seminários sobre o tema.

Objeto central do estudo, a análise sobre o processo de desinstitucionalização do HCTP Henrique Roxo expôs os mecanismos existentes e os que estão sendo construídos, para a superação da lógica hospitalocêntrica, com vistas a garantir os direitos e a dignidade dos sujeitos em cumprimento de medida de segurança na instituição.

Desta forma, este trabalho possui relevância jurídica, pois o tema abordado é conflituoso no âmbito do Direito, haja vista o tratamento dispensado aos portadores de sofrimento psíquico submetidos à medida de segurança nos Códigos Penal (CP) e Processual Penal (CPP), bem como na Lei de Execução Penal (LEP), e aquele preconizado pela Lei nº 10.216/2001, a conhecida Lei da Reforma Psiquiátrica, advinda, sobretudo, do movimento antipsiquiátrico e antimanicomial.

Além disso, possui também importância social, uma vez que diz respeito à dignidade de inúmeros sujeitos em sofrimento mental submetidos à medida de segurança que têm seus direitos e garantias fundamentais violados a cada dia.

# 1 O INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

## 1.1 Sistemas de responsabilização penal

O Direito Penal brasileiro em vigor consagra duas espécies de responsabilização, quais sejam, penas e medidas, podendo as medidas serem socioeducativas ou de segurança. As penas fundamentam-se no paradigma da culpabilidade, um dos elementos integrantes do conceito analítico de crime; enquanto as medidas, no caso, de segurança, operam pela lógica da periculosidade.

Neste sentido, Juarez Cirino dos Santos ensina que:

O Estado pretende cumprir a tarefa de proteger a comunidade e o cidadão contra fatos puníveis utilizando instrumentos legais alternativos: a) penas criminais, fundadas na culpabilidade do autor; b) medidas de segurança, fundadas na periculosidade do autor (...). Ao contrário da natureza retributiva das penas criminais, fundadas na culpabilidade do fato passado, as medidas de segurança, concebidas como instrumento de proteção social e de terapia individual – ou como medidas de natureza preventiva e assistencial, segundo a interpretação paralela do Legislador –, são fundadas na periculosidade de autores inimputáveis de fatos definidos como crimes, com o objetivo de prevenir a prática de fatos puníveis futuros.<sup>3</sup>

Inicialmente, necessário esclarecer que ao princípio da culpabilidade atribui-se algumas acepções. Cezar Roberto Bitencourt nos apresenta três significados:

Em primeiro lugar, a culpabilidade — como *fundamento* da pena — refere-se ao fato de ser possível ou não a aplicação de uma pena ao autor de um fato típico e antijurídico, isto é, proibido pela lei penal. (...). Em segundo lugar, a culpabilidade — como *elemento da determinação* ou medição da pena. Nessa acepção, a culpabilidade funciona não como fundamento da pena, mas como limite desta, impedindo que a pena seja imposta além da medida prevista pela própria ideia de culpabilidade (...). E, finalmente, em terceiro lugar, a culpabilidade — vista como conceito contrário à responsabilidade objetiva, ou seja, com o identificador e delimitador da responsabilidade individual e subjetiva. Nessa acepção, o *princípio de culpabilidade* impede a atribuição da responsabilidade penal objetiva, assegurando que ninguém responderá por um resultado absolutamente imprevisível e se não houver agido, pelo menos, com dolo ou culpa (...).<sup>4</sup>

Neste capítulo, será abordado o princípio da culpabilidade como fundamento da pena, traduzindo-se em um juízo de censura ou de reprovação que recai sobre o agente em face de

<sup>3</sup> SANTOS, Juarez Cirino. **Direito Penal**: parte geral. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p. 639.

<sup>4</sup> BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**: parte geral. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

uma determinada conduta. Deste modo, a culpabilidade exerce, na teoria do delito, o papel de atribuição de responsabilidade ao agente.

Segundo a teoria analítica, o crime é um fato típico, ilícito e culpável. Ausente qualquer destes elementos, inaplicável será a pena em razão da não configuração do delito. Nas palavras de Zaffaroni e Pierangeli:

(...) delito é uma conduta humana individualizada mediante um dispositivo legal (tipo) que revela sua proibição (típica), que por não estar permitida por nenhum preceito jurídico (causa de justificação) é contrária ao ordenamento jurídico (antijurídica) e que, por ser exigível do autor que atuasse de outra maneira nessa circunstância, lhe é reprovável (culpável).<sup>5</sup>

Neste sentido, “(...) a noção de sujeito (responsável) decorre da constatação de sua capacidade de compreensão e de escolha: conhecimento da ilegalidade da conduta e dos seus efeitos; opção livre e consciente pelo ilícito”.<sup>6</sup>

Os elementos que integram o conceito de culpabilidade são: imputabilidade, potencial consciência sobre a ilicitude do fato e exigibilidade de conduta diversa. Quando o sujeito age em estado de erro sobre a ilicitude, hipótese de erro de proibição, ou em outras excludentes de culpabilidade, como coação moral irresistível, obediência hierárquica, ele é isento de pena pela exclusão da culpabilidade.

De igual forma, quando não é possível exigir do sujeito a consciência da antijuridicidade do fato ou a capacidade de determinar-se de acordo com essa compreensão, seja por maturidade insuficiente, caso de inimputabilidade etária, seja em razão de sofrimento mental, hipótese de inimputabilidade psíquica, o sujeito também é isento de pena pela exclusão da culpabilidade.

Acerca da inimputabilidade psíquica, objeto do presente estudo, o artigo 26, *caput*, do CP estabelece que:

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de

---

<sup>5</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**. 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011, p. 344-345.

<sup>6</sup> CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 501.



compreender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Já o parágrafo único do artigo supracitado<sup>7</sup> traz a hipótese de semi-imputabilidade, configurada quando o sujeito não era inteiramente capaz de compreender a ilicitude do fato ou de comportar-se conforme a expectativa do direito quando do cometimento do delito, caso em que não estará isento de pena em razão de sua culpabilidade reduzida, mas ser-lhe-á aplicada uma pena diminuída na fração de um a dois terços, sendo, contudo, permitido ao julgador a substituição da pena pela medida de segurança em caso de necessidade de “especial tratamento curativo”, conforme o disposto no artigo 98 do CP.<sup>8</sup>

Portanto, sendo o sujeito culpável e tendo praticado um fato típico e ilícito, a ele será aplicada uma pena como sanção penal ao cometimento do injusto, na medida estabelecida pelas garantias constitucionais esculpidas no artigo 5º, incisos XLVI e XLVII, da Constituição Federal de 1988 (CF).<sup>9</sup>

Por outro lado, tendo o julgador reconhecido a periculosidade do agente, em razão de sofrimento psíquico, isento estará de pena pela incapacidade de culpabilidade, e, conseqüentemente, de responder pelos seus atos, sendo absolvido (absolvição imprópria), mas tendo como resposta penal a imposição da medida de segurança, ou a aplicação de pena reduzida em casos de semi-imputabilidade.

Nesta perspectiva, para caracterização da inimputabilidade psíquica, o CP adotou o sistema biopsicológico. Ensina Cezar Roberto Bitencourt que:

(...) Devem reunir-se, portanto, no caso de anormalidade psíquica, dois aspectos indispensáveis: um aspecto biológico, que é o da doença em si, da anormalidade

---

<sup>7</sup> Art. 26 - Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

<sup>8</sup> Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.

<sup>9</sup> Art. 5º, XLVI - a lei regulará a individualização da pena e adotará, entre outras, as seguintes: a) privação ou restrição da liberdade; b) perda de bens; c) multa; d) prestação social alternativa; e) suspensão ou interdição de direitos; XLVII - não haverá penas: a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX; b) de caráter perpétuo; c) de trabalhos forçados; d) de banimento; e) cruéis.

propriamente, e um aspecto psicológico, que é o referente à capacidade de entender ou de autodeterminar-se de acordo com esse entendimento.<sup>10</sup>

Dada as normativas relativas à medida de segurança, tem-se que o ordenamento jurídico brasileiro considera o sujeito inimputável como alguém ausente de capacidade de culpabilidade e, portanto, dotado de perigosidade diante do prognóstico de delinquência futura, merecendo tratamento, a fim de ter reduzido o seu grau de periculosidade, o que configura a suposta finalidade terapêutica da medida de segurança. Neste contexto, importante enfatizar as considerações de Zaffaroni e Pierangeli:

Em princípio, descartamos de plano a ideia de uma completa determinação do homem. Cremos que o determinismo é uma degradação da imagem humana que, embora sendo um ente submetido a condicionamentos históricos de índole muito diversa, nunca perde totalmente a sua capacidade de escolha, sua autonomia moral e, portanto, sua responsabilidade. Caso se negue a possibilidade de escolha humana, nega-se com isso qualquer forma de responsabilidade. Quem não pode escolher não pode ser responsável por nada, em nenhum sentido. A aberração dessa concepção se revela pela análise das consequências que acarreta, eximindo o homem de qualquer responsabilidade.<sup>11</sup>

Tendo em vista a crítica tecida pelos autores, necessário destacar que, sobretudo diante dos pressupostos da reforma psiquiátrica, que será vista no próximo capítulo, não se pode admitir que o portador de sofrimento psíquico seja considerado um sujeito sem capacidade de responder pelos seus atos, ou seja, isento de responsabilidade, tendo sua subjetividade reduzida ao diagnóstico da doença mental, isto porque “(...) a doença é um processo no sujeito, não é um defeito no corpo, no órgão ou no funcionamento bioquímico. É um processo referente à conduta e a forma de olhar”.<sup>12</sup>

Fernanda Otoni de Barros-Brisset, nos esclarecimentos sobre o PAI-PJ, tratado no último capítulo, enfatiza que “A possibilidade de responder pelo crime cometido é uma condição humanizante, um exercício de cidadania, que aponta para a responsabilidade e para a capacidade do sujeito de se reconhecer como parte de um registro normativo que serve para todos”.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal: parte geral**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2011

<sup>11</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**. 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011, p. 109.

<sup>12</sup> TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonism and subjectivity: collective construction in the field of mental health. **Ciê. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001, p. 78.

<sup>13</sup> BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010, p. 31.

Ressalta-se também que o sistema de penas é aplicado como resposta ao ato ilícito praticado pelo sujeito, à conduta perpetrada, o que caracteriza o direito penal do fato, diferentemente da medida de segurança, que acaba por punir o sujeito pelo que ele é, pela sua condição de ameaça e perigo fundada na periculosidade e não pela sua conduta, o que configura o direito penal do autor, rechaçado pelo ordenamento jurídico pátrio, conforme discorre Zaffaroni e Pierangeli:

O direito penal que parte de uma concepção antropológica que considera o homem incapaz de autodeterminação (sem autonomia moral, isto é, sem capacidade para escolher entre o bem e o mal), só pode ser um direito penal de autor: o ato é o sintoma de uma personalidade perigosa, que deve ser corrigida do mesmo modo que se conserta uma máquina que funciona mal.<sup>14</sup>

Importante destacar que uma efetiva democracia pressupõe a tutela máxima dos direitos e garantias fundamentais individuais. Neste sentido, deve atuar “o processo penal como instrumento de efetivação das garantias constitucionais.”<sup>15</sup> Contudo, a Carta Magna nada diz acerca da medida de segurança em seu rol de direitos fundamentais, deixando de tutelar, explicitamente, os portadores de sofrimento psíquico em conflito com a lei, o que fica a cargo da legislação infraconstitucional.

Neste contexto de omissão constitucional, deve-se ter em mente que o feixe de garantias é assegurado a todos os indivíduos, sem distinção, o que deve orientar a percepção de todos os conteúdos do processo penal, inclusive as medidas de segurança. Deste modo, com base na hermenêutica constitucional, deve-se assegurar as garantias do processo penal e da aplicação da pena também aos sujeitos considerados inimputáveis psíquicos submetidos à medida de segurança.

Sobre os sistemas de responsabilização penal, tem-se, em resumo, que a culpabilidade fundamenta a aplicação da pena, enquanto a periculosidade edifica o estatuto da medida de segurança ao isentar o sujeito portador de sofrimento mental em conflito com a lei de responsabilidade sobre seus atos, estigmatizando-o como “louco infrator” e excluindo-o do convívio social em uma instituição asilar com fundamento em uma suposta finalidade

---

<sup>14</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**. 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011, p. 110.

<sup>15</sup> LOPES JR., Aury. **Direito processual penal**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

terapêutica. Assim, em uma concepção crítica, “o duro ofício de punir vê-se assim alterado para o belo ofício de curar”.<sup>16</sup>

Após a discussão acerca do conceito de periculosidade, no próximo subcapítulo será feita uma breve consideração acerca do sistema probatório brasileiro.

## 1.2 O sistema de produção de prova no processo penal brasileiro

Sob a perspectiva da hermenêutica constitucional, pode-se afirmar que o sistema processual penal brasileiro é acusatório, embora com resquícios inquisitoriais, uma vez que a Constituição Federal de 1988 segregou as funções de acusar, julgar e defender, constitutivas da relação processual e caracterizadoras do sistema acusatório, conforme disciplina o artigo 129, inciso I, da CF.<sup>17</sup>

Neste sentido, no que tange à instrução probatória criminal, tem-se que o processo penal é um meio pelo qual se busca a reconstrução histórica de determinado fato concreto, o que se dá através das provas, sob o crivo do contraditório e da ampla defesa, no intuito de formar a convicção do julgador.

Pode-se mencionar, como principais características acusatórias do atual sistema probatório, a gestão compartilhada da prova (a iniciativa probatória deve ser das partes); a figura do juiz como um terceiro imparcial, alheio à investigação e colheita de provas; a ausência de prova tarifada, valendo-se o juiz do livre convencimento motivado, dentre outras.

A gestão probatória, antes da reforma operada pela Lei 11.690/2008, era presidencial, característica dos sistemas inquisitórios, na qual o juiz era o responsável por controlar sua produção. No entanto, o atual artigo 212 do CPP<sup>18</sup> dispõe acerca da gestão compartilhada da prova, em que as partes, em igualdade de oportunidades, são as responsáveis pela construção

---

<sup>16</sup> FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**: curso no *Collège de France* (1974 – 1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 29.

<sup>17</sup> Art. 129. São funções institucionais do Ministério Público: I - promover, privativamente, a ação penal pública, na forma da lei.

<sup>18</sup> Art. 212. As perguntas serão formuladas pelas partes diretamente à testemunha, não admitindo o juiz aquelas que puderem induzir a resposta, não tiverem relação com a causa ou importarem na repetição de outra já respondida.

probatória. Assim, o juiz figura como um terceiro imparcial, alheio à investigação e à colheita de provas, investido na função apenas de controlar a regularidade formal dos atos.

Contudo, o parágrafo único do referido artigo determina que: “Sobre os pontos não esclarecidos, o juiz poderá complementar a inquirição”, disposição que acaba por contrariar o *caput* do artigo, permitindo ao juiz atuar conforme o sistema inquisitorial na colheita das provas, em afronta às diretrizes acusatórias adotadas pelo CPP. Da mesma forma, o artigo 156 do CPP<sup>19</sup>, ao admitir ao juiz a iniciativa probatória para dirimir dúvida sobre ponto relevante, acaba também por descaracterizar a figura do julgador imparcial, uma vez que ao perseguir a prova, estará o juiz comprometido, psicologicamente, para o julgamento da demanda.

Outro ponto diz respeito à relatividade do valor das provas, uma vez que o juiz deve formar sua convicção pela livre apreciação do substrato probatório, motivando sua decisão, uma vez que não há prova que valha mais que outra, consoante preceitua o artigo 155 do CPP<sup>20</sup>. Assim, consagrado está o sistema acusatório ao afastar a prova tarifada característica do sistema inquisitório.

Sobre o livre convencimento motivado, ensina Aury Lopes Jr. que:

(...) a liberdade que o julgador tem para formar sua convicção (...) também decorre da própria ausência de um sistema de prova tarifada, de modo que todas as provas são relativas, nenhuma delas tem maior prestígio ou valor que as outras, nem mesmo as provas técnicas (a experiência já demonstrou que se deve ter cuidado com o endeusamento da tecnologia e da própria ciência).<sup>21</sup>

No que tange à forma da prova, o Código de Processo Penal concebe a prova documental, material (pericial) e testemunhal. Segundo Renato Brasileiro de Lima:

Documento, do latim *documentum*, de *docere* (mostrar, indicar, instruir) é o papel escrito que traz em si a declaração da existência (ou não) de um ato ou de um fato (v.g., escritos públicos ou particulares, cartas, livros comerciais, fiscais etc.). A prova

---

<sup>19</sup> Art. 156. A prova da alegação incumbirá a quem a fizer, sendo, porém, facultado ao juiz de ofício: (Redação dada pela Lei nº 11.690, de 2008) I – ordenar, mesmo antes de iniciada a ação penal, a produção antecipada de provas consideradas urgentes e relevantes, observando a necessidade, adequação e proporcionalidade da medida; (Incluído pela Lei nº 11.690, de 2008) II – determinar, no curso da instrução, ou antes de proferir sentença, a realização de diligências para dirimir dúvida sobre ponto relevante.

<sup>20</sup> Art. 155. O juiz formará sua convicção pela livre apreciação da prova produzida em contraditório judicial, não podendo fundamentar sua decisão exclusivamente nos elementos informativos colhidos na investigação, ressalvadas as provas cautelares, não repetíveis e antecipadas.

<sup>21</sup> LOPES JR., Aury. **Direito processual penal**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 406-407.

material é aquela que resulta da verificação existencial de determinado fato, que demonstra a sua materialização, tal como ocorre com o corpo de delito, instrumentos do crime etc. Por fim, testemunhal é a prova que consiste na manifestação pessoal oral. A prova testemunhal é espécie do gênero prova oral, que é mais abrangente, já que inclui os esclarecimentos de perito e assistente técnico, bem como eventuais declarações da vítima.<sup>22</sup>

Especificamente sobre a prova material (pericial), relevante para o presente estudo em face da discussão acerca da valoração do laudo psiquiátrico no processo penal, tem-se que, de maneira em geral, o laudo pericial, elaborado por perito oficial (artigo 159, *caput*, do CPP<sup>23</sup>), é estruturado da seguinte forma: a) preâmbulo, momento em que é qualificado o perito; b) exposição, onde as observações do perito são narradas; c) fundamentação, explicitando os motivos que levaram à conclusão do perito; d) conclusão, onde o perito responde aos quesitos formulados pelas partes.

Assim, tendo em vista que o processo penal brasileiro é pautado pelos pressupostos do sistema acusatório, e o sistema de produção probatória baseia-se na gestão da prova pelas partes, na relatividade de seu valor e no livre convencimento motivado do juiz, passa-se ao estudo do incidente de insanidade mental, momento processual em que o acusado é submetido à perícia psiquiátrica para fins de aferição de sua imputabilidade ou inimputabilidade.

### 1.3 O incidente de insanidade mental

O incidente de insanidade mental é o procedimento destinado à verificação da imputabilidade do acusado, sendo realizado o exame médico-legal em caso de dúvida sobre sua higidez mental, tanto à época do fato delituoso quanto ao momento atual, possuindo consequências diversas em relação ao momento de verificação, e pode ser requerido a qualquer momento: na fase administrativa, na fase processual e durante a execução da pena.

O artigo 149, *caput*, do CP disciplina que:

Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador,

---

<sup>22</sup> LIMA, Renato Brasileiro de. **Manual de processo penal: volume único**. 4. ed. Salvador: Ed. JusPodivim, 2016, p. 578.

<sup>23</sup> Art. 159. O exame de corpo de delito e outras perícias serão realizados por perito oficial, portador de diploma de curso superior. (Redação dada pela Lei nº 11.690, de 2008).

do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.

Observa-se que o juiz está elencado no rol dos legitimados a requerer a instauração do incidente de insanidade mental, podendo, de ofício, determinar a produção da referida prova pericial. Tal circunstância fere o sistema processual acusatório adotado pela CF, isto porque, conforme já discutido, o juiz não pode participar da colheita das provas, destinada tão somente às partes, o que configura a incompatibilidade do artigo 149, *caput*, do CPP com o sistema acusatório.

A decisão de instauração do incidente de insanidade mental é irrecurável, não há previsão legal de impugnação, cabendo, contudo, como sucedâneo recursal, a impetração do mandado de segurança (artigo 5º, incisos LXIX e LXX, da CF)<sup>24</sup>.

Outra circunstância relevante diz respeito ao fato de o sujeito ser obrigado a se submeter ao exame médico-legal, não podendo recusar-se a ser examinado, salvo em caso de flagrante ilegalidade, o que viola os direitos da personalidade assegurados pela CF a todos os sujeitos. Conforme aduz Mariana de Assis Brasil e Weigert:

Em inúmeras disposições a Constituição visou proteger os direitos de personalidade dos cidadãos, informando existir parcela de direitos que não pode ser “invadida” pelo Estado. A personalidade propriamente está inserida nesses direitos individuais inacessíveis, devendo ser igualmente respeitadas “a esfera do pensamento, das convicções, das paixões e emoções como núcleo inviolável, como reserva de direitos do cidadão na qual o Estado não pode interferir.”<sup>25</sup>

Determinada a instauração do incidente de insanidade mental, serão facultados ao Ministério Público, ao ofendido, ao querelante e ao acusado a formulação de quesitos e a indicação de assistente técnico, conforme disciplinado no artigo 159, § 3º, do CPP.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> Artigo 5º - LXIX - conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por *habeas corpus* ou *habeas data*, quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do Poder Público; LXX - o mandado de segurança coletivo pode ser impetrado por: a) partido político com representação no Congresso Nacional; b) organização sindical, entidade de classe ou associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano, em defesa dos interesses de seus membros ou associados.

<sup>25</sup> WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **O discurso psiquiátrico na imposição na imposição e execução das medidas de segurança**, p. 10.

<sup>26</sup> § 3º Serão facultadas ao Ministério Público, ao assistente de acusação, ao ofendido, ao querelante e ao acusado a formulação de quesitos e indicação de assistente técnico. (Incluído pela Lei nº 11.690, de 2008).

O artigo 149, § 2º, do CPP<sup>27</sup> determina a suspensão do processo durante a tramitação do incidente de insanidade mental e, caso seja constatado que o acusado era portador de sofrimento psíquico à época do cometimento do crime, lhe será nomeado curador e o processo continuará a tramitar. Mas se for verificado que o transtorno mental é posterior à prática delitiva, o processo terá seu curso suspenso até que o acusado se restabeleça.

Quanto ao prazo para realização do exame, determina o artigo 150, § 1º, do CPP que “O exame não durará mais de 45 (quarenta e cinco) dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo”. Contudo, pode-se observar através das ementas a seguir colacionadas que o referido prazo, ao menos do estado do Rio de Janeiro, não é respeitado, mantendo-se, muitas vezes, o acusado internado provisoriamente ou preso preventivamente de maneira ilegal:

**HABEAS CORPUS. ROUBO. PRISÃO PREVENTIVA. INSTAURAÇÃO DE INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL. EXCESSO DE PRAZO. OFENSA AO PRINCÍPIO DA RAZOABILIDADE. CONSTRANGIMENTO ILEGAL CONFIGURADO. ORDEM CONCEDIDA, COM APLICAÇÃO DAS MEDIDAS CAUTELARES DO ART. 319, DO CPP.** Paciente que se encontra preso desde 21/05/2014, sendo o Incidente de Insanidade Mental instaurado em 26/08/2014. Processo suspenso, aguardando o desfecho do incidente, cujo exame sequer foi realizado, sendo designada a data de 25/11/2015. **Mais de um ano e três meses para se marcar um exame, não se podendo garantir que será realmente realizado na data estipulada e de quanto tempo ainda será necessário para a elaboração do laudo. O processo encontra-se suspenso no aguardo da realização do exame de insanidade mental e o tempo de prisão já se mostra desarrazoado –mais de um ano – não encontrando qualquer amparo na interpretação da lei ou no princípio da razoabilidade, tornando-se injustificável a demora não só para a realização do exame, como também, posteriormente, quando da elaboração e envio do laudo pelos órgãos governamentais, restando evidente o constrangimento ilegal.** A despeito dos problemas de ordem administrativa que prejudicam o andamento dos processos e retardam o julgamento dos feitos, a morosidade não pode ser concebida como um ônus a ser suportado por todos aqueles que estejam submetidos à jurisdição penal. **Não é razoável a espera de mais de um ano para a realização de um exame.** Restando evidenciado que o retardo ou a demora ultrapassaram os limites da razoabilidade e podem ser atribuídos única e exclusivamente aos órgãos estatais, há de ser reconhecido o constrangimento ilegal, sanável através da via eleita. Ordem concedida, com expedição de alvará de soltura, aplicando-se as medidas cautelares do art. 319, incisos I e IV do CPP. Unânime.<sup>28</sup> (*grifos nossos*)

**HABEAS CORPUS. PACIENTE DENUNCIADO PELA PRÁTICA, EM TESE, DO DELITO PREVISTO NO ARTIGO 37, CAPUT, DA LEI 11.343/06. IRRESIGNAÇÃO DO IMPETRANTE QUE ALEGA A OCORRÊNCIA DE**

<sup>27</sup> § 2º O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento.

<sup>28</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, Terceira Câmara Criminal. *Habeas Corpus* 0043295-63.2015.8.19.0000, Relator: Des. Antonio Carlos Nascimento Amado, Rio de Janeiro, RJ, julgado em 29/09/2015.



**EXCESSO DE PRAZO DA CUSTÓDIA CAUTELAR. ADMISSIBILIDADE.** 1- Da leitura dos autos, observa-se que o paciente foi preso em flagrante no dia 25.08.2014, aguardando o feito, por ora, o laudo pericial do exame de dependência toxicológica e de insanidade mental. Certo é que não há justificativa plausível para a demora na realização do exame que, conseqüentemente, ocasiona o alegado atraso na instrução criminal. 2- Deve-se ressaltar que a indevida demora na entrega da prestação jurisdicional viola o princípio da duração razoável do processo, preconizado no artigo 5º, LXXVIII, da Constituição da República. 3- Forçoso reconhecer, assim, o constrangimento ilegal em razão do excesso de prazo da prisão que restou plenamente configurado. 4- ORDEM QUE SE CONCEDE.<sup>29</sup> (*grifos nossos*)

**HABEAS CORPUS. FURTO. PRISÃO PREVENTIVA. INCIDENTE DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TOXICOLÓGICA. EXCESSO DE PRAZO. OFENSA AO PRINCÍPIO DA RAZOABILIDADE. CONSTRANGIMENTO ILEGAL CONFIGURADO. ORDEM CONCEDIDA.** Prisão em flagrante em 28/01/2013, convalidada em prisão preventiva em 07/02/2013, sendo instaurado incidente de dependência química, em 11/06/2013. Dilação injustificada. **O processo encontra-se suspenso no aguardo da vinda do exame de insanidade mental, há mais de um ano. Tempo de prisão que já se mostra desarrazoado, tornando-se injustificável a demora na elaboração e envio do laudo pelos órgãos governamentais, restando evidente o constrangimento ilegal.** Manutenção do paciente em cárcere no aguardo do desfecho da ação incidental que não encontra qualquer amparo na interpretação da lei ou no princípio da razoabilidade. Precedentes do STF e STJ. Ordem concedida, com expedição de alvará de soltura. Unânime.<sup>30</sup> (*grifos nossos*)

O exame pericial deve ser realizado por 1 (um) perito oficial, portador de diploma de curso superior, ou, na sua falta, por duas pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior, preferencialmente na área específica, conforme disciplinado no artigo 159, *caput*, e § 1º, do CPP. Contudo, o diploma processual disciplina que, tratando-se de perícia complexa que abranja mais de uma área de conhecimento especializado, pode o julgador designar mais de um perito oficial (artigo 159, § 7º, do CPP).

Neste sentido, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), destinado a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à inclusão social e à cidadania, disciplina em seu artigo 2º, § 1º, que: “A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar (...)”.

---

<sup>29</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, Sétima Câmara Criminal. *Habeas Corpus* 0003410-42.2015.8.19.0000, Relator: Des(a). Maria Angélica Guerra Guedes, Rio de Janeiro, RJ, julgado em 17/03/2015.

<sup>30</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, Terceira Câmara Criminal. *Habeas Corpus* 0021222-34.2014.8.19.0000, Relator: Des. Antonio Carlos Nascimento Amado, Rio de Janeiro, RJ, julgado em 27/05/2014.

No entanto, no estado do Rio de Janeiro, o exame de insanidade mental é realizado, exclusivamente, por psiquiatras forenses do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, órgão vinculado à Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP).

No seminário “Medida de Segurança e Direitos Humanos: Que(m) se assegura?”, realizado nos dias 28 e 29 de novembro de 2016, o diretor do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, o psiquiatra Marcos Argolo, relatou que os psiquiatras responsáveis pela realização do exame psiquiátrico não são peritos, não tendo sido oferecido curso ou formação para o exercício da atividade pericial, esclarecendo que os considerados peritos são, em verdade, psiquiatras do sistema penitenciário que integravam a equipe técnica do antigo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e, após o seu fechamento, foram realocados no Instituto de Perícias na função de peritos.

Sobre a execução da medida de segurança, se falará a seguir.

#### **1.4 A execução da medida de segurança**

Reconhecida a inimputabilidade do acusado no curso do processo criminal, este será absolvido impropriamente e lhe será imposta uma medida de segurança, a ser executada perante o Juízo da Vara de Execuções Penais (VEP).

No que diz respeito às suas espécies, a medida de segurança pode ser restritiva ou detentiva. Na modalidade restritiva o sujeito a cumpre em regime ambulatorial, enquanto na detentiva o tratamento é realizado sob a forma de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), conforme o determinado no artigo 96 do CP<sup>31</sup>.

O artigo 99 do CP determina que “O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”. Acerca das condições dos HTCPs se falará nos capítulos posteriores.

---

<sup>31</sup> Art. 96. As medidas de segurança são: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) II - sujeição a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Verifica-se, portanto, que o que determina a espécie de medida a ser aplicada é a gravidade do delito especificada no tipo penal, e não as condições do portador de sofrimento psíquico, confrontando as diretrizes da Lei nº 10.216/2001. Assim, caso um sujeito inimputável seja absolvido impropriamente pela prática de fato análogo ao crime de roubo, deve cumprir a medida de segurança de internação, pelo fato do preceito secundário do artigo 157, *caput*, do CP prever a pena de reclusão, consoante ao que determina o artigo 97 do CP.

O artigo 97, §1º, do CP estabelece que o julgador é o responsável por determinar o tempo mínimo de duração da medida de segurança, que varia de um a três anos, o que é totalmente inadequado face a impossibilidade de se determinar um prazo mínimo para uma terapêutica, que dependerá da resposta do sujeito ao tratamento proposto. Portanto, “(...) Parece que não se pode exigir de uma doença que respeite os prazos legais, embora seja exatamente isso que faz o Código Penal.”<sup>32</sup>

Para Salo de Carvalho, “(...) A previsão legal deste limite para a execução da medida de segurança demonstra, em realidade, a inserção (subliminar) de uma tarifa retributiva de sanção aos inimputáveis pelo cometimento do ilícito”.<sup>33</sup>

Da mesma forma, não há como se determinar um limite máximo para o cumprimento da medida de segurança e, em razão de sua finalidade curativa, o CPP determina a desinternação apenas quando cessada a periculosidade do agente, verificada através de laudo médico, devendo a perícia ser feita de ano em ano ao término do prazo mínimo determinado pelo julgador na sentença, ou a qualquer tempo, à critério do juiz da VEP.

No entanto, a ausência de um teto que limite o cumprimento da medida acabou, muitas vezes, por perpetuar o tratamento psiquiátrico, onde muitos sujeitos permaneceram “em regime de abandono perpétuo”<sup>34</sup>, na condição de internados por mais de trinta anos, patamar máximo de cumprimento de pena estabelecido pelo CP<sup>35</sup>.

---

<sup>32</sup> CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. (Coleção Saúde & Sociedade), p. 31.

<sup>33</sup> CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 503.

<sup>34</sup> DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, p.13.

<sup>35</sup> Art. 75 - O tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 30 (trinta) anos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Neste sentido, necessário destacar o entendimento dos Tribunais Superiores pátrios. O Supremo Tribunal Federal (STF) estabeleceu que o limite temporal máximo da medida de segurança deve ser o mesmo das penas, qual seja, trinta anos, admitindo o caráter punitivo da medida:

**MEDIDA DE SEGURANÇA - PROJEÇÃO NO TEMPO - LIMITE.** A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a **garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos.**<sup>36</sup> (*grifos nossos*)

Já o Superior Tribunal de Justiça (STJ), na recente Súmula 527, firmou o entendimento de que “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”, no intuito de adequar-se o tempo de internação à extensão do dano causado. Segundo Diniz, em censo realizado no ano de 2011, havia “606 indivíduos internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida (Brasil, 2012). Eles são (eram) 21% da população em medida de segurança no país.”<sup>37</sup>

Em que pese o avanço da referida súmula, Salo de Carvalho, citando Amilton Bueno de Carvalho, defende que:

(...) a conformação constitucional do procedimento de aplicação da medida de segurança ocorreria com a adequação do seu limite máximo à pena que seria aplicável no caso concreto. Neste sentido, o julgador, na sentença (absolvição imprópria), realizaria a dosimetria da medida, como se pena fosse – excluindo, logicamente, das circunstâncias de análise aquelas relativas à culpabilidade, pois se trata de inimputável –, estabelecendo o horizonte sancionatório máximo.<sup>38</sup>

Tal procedimento serviria de diretriz para fins de prescrição das medidas de segurança, reconhecida pela jurisprudência, bem como para orientar os direitos relativos à execução da medida, como por exemplo, a detração, a remição, o indulto, a comutação, a progressão de regime etc., que não são previstos na legislação aos portadores de sofrimento psíquico em conflito com a lei submetidos à medida de segurança.

<sup>36</sup> BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). *Habeas Corpus* 84.219, Relator: Min. Marco Aurélio, Primeira Turma, Data do Julgamento: 23.9.2005.

<sup>37</sup> DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, p. 14.

<sup>38</sup> CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 515.

Cessada a periculosidade e determinada a sua desinternação, o sujeito ficará em período de prova por um ano, estando sujeito às mesmas condições do apenado em livramento condicional (artigo 178 c/c artigos 132 e 133 da LEP), não podendo praticar fato que indique a persistência de sua periculosidade, sob pena de ser restabelecida a situação anterior, conforme artigo 97, § 3º, do CP. Assim, a extinção da medida de segurança se dará após o cumprimento do período de prova.

Ultrapassado os debates acerca dos prazos na medida de segurança, resta falar sobre o exame de cessação de periculosidade.

#### 1.4.1 O exame de cessação de periculosidade

No início do capítulo falou-se sobre o conceito de periculosidade, fundamento da imposição da medida de segurança. Neste subitem será abordado o exame de cessação de periculosidade, realizado na fase de execução da medida de segurança, com a finalidade de conceder ao paciente a desinternação e, após o período de prova, a extinção da medida.

Assim considerada como indicativo de delinquência futura, cabe ao perito psiquiatra, na execução da medida de segurança, aferir se a periculosidade do sujeito está cessada. O que se questiona é de que maneira isso é feito.

Mais uma vez é necessário falar sobre a inconsistência de tal conceito. Neste sentido, é relevante destacar a fala de Maria Lúcia Karam:

A idéia [*sic*] de “periculosidade” não se traduz por qualquer dado objetivo, ninguém podendo, concretamente, demonstrar que A ou B, psicicamente capaz ou incapaz, vá ou não realizar uma conduta ilícita no futuro. Já por isto, tal idéia [*sic*] se mostra incompatível com a precisão que o princípio da legalidade, constitucionalmente expresso, exige de qualquer conceito normativo, especialmente em matéria penal. A “periculosidade” do inimputável é uma presunção, que não passa de uma ficção, baseada no preconceito que identifica o “louco” — ou quem quer que apareça como “diferente” — como “perigoso”.<sup>39</sup>

Em entrevista com um psiquiatra do HCTP Henrique Roxo, durante pesquisa de campo que será analisada mais a frente, ao ser indagado acerca da cessação da periculosidade, o médico

---

<sup>39</sup> KARAM, Maria Lúcia. **Punição do enfermo mental e violação da dignidade**. Verve, São Paulo, PUC-São Paulo, v. 2, 210-224 p, 2002, p. 217.

afirmou que “ninguém é adivinho, ninguém tem bola de cristal”<sup>40</sup>, indicando a impossibilidade de se prever o comportamento futuro de um indivíduo, inclusive pela medicina.

Já uma psicóloga do HCTP Henrique Roxo afirmou que a periculosidade se trata de um conceito ultrapassado:

(...) É um conceito já, né [*sic*], arcaico. A gente não deveria mais trabalhar com esse conceito. Aqui a gente tenta, dentro do possível, calcar a questão da vulnerabilidade, ou seja, um sujeito, um psicótico, sem um tratamento, sem acesso a um tratamento, aos remédios, a uma assistência de uma equipe de saúde mental, eles ficam muito mais vulneráveis a cometer um ato delituoso ou um ato extremo por conta dessa desassistência (...).<sup>41</sup>

Importante destacar que, no estado do Rio de Janeiro, uma equipe multidisciplinar do HCTP Henrique Roxo composta por psiquiatras, psicólogos, terapeutas e assistentes sociais que acompanham o sujeito durante o cumprimento da medida de segurança, elabora um parecer psicossocial informando acerca de sua condição psíquica, a fim de auxiliar o perito psiquiatra do Instituto de Perícias Heitor Carrilho na realização do exame de cessação de periculosidade.

Sobre a estrutura do laudo, conforme se verifica no Anexo 2, é constituída da seguinte forma: a) identificação, onde é feita a qualificação do sujeito; b) histórico, relatando as “passagens” do sujeito pelo sistema prisional, além de história de vida e tratamentos anteriores; c) estado atual, em que se descreve a condição psíquica atual do sujeito; e d) conclusão, opinando o perito pela liberação ou não do sujeito do manicômio judiciário.

No exame de cessação de periculosidade do Anexo 2, interessante perceber que o perito se utiliza do parecer psicossocial elaborado pela equipe do HCTP Henrique Roxo para auxiliá-lo na elaboração do laudo, além de não utilizar o termo “cessação de periculosidade” para opinar pela desinternação do sujeito. Destaca-se, também, a utilização de termos destinados à execução da pena dos imputáveis, como progressão de regime e liberdade vigiada, conforme o trecho da conclusão a seguir transcrito:

#### IV – CONCLUSÕES

O exame direto do paciente, somado a análise do Parecer fornecido pela equipe técnica que o assiste na instituição permite-nos concluir que o mesmo está, no momento, com

---

<sup>40</sup> Entrevista realizada no dia 14/09/2016 no HCTP Henrique Roxo durante pesquisa de campo.

<sup>41</sup> Entrevista realizada no dia 08/09/2016 no HCTP Henrique Roxo durante pesquisa de campo.

o quadro psiquiátrico controlado. Reúne condições de progredir em seu regime, para liberdade vigiada, mantendo o tratamento psiquiátrico sob responsabilidade familiar.

Durante participação em uma reunião com funcionários, autoridades e pesquisadores no HCTP Henrique Roxo, houve discussão acerca do exame de cessação de periculosidade produzido pelo perito psiquiatra e o parecer psicossocial elaborado pela equipe multidisciplinar do HCTP, em que a psicóloga do hospital enfatizou que os pareceres deveriam ser mais valorizados pelo juiz quando em confronto com a opinião do perito psiquiatra, uma vez que elaborado por profissionais que acompanham cotidianamente o tratamento do sujeito, diferentemente dos psiquiatras do Instituto de Perícias que nenhum contato possuem com o sujeito durante a internação.

Sobre as condições de realização da perícia de cessação de periculosidade no contexto do HCTP Henrique Roxo, relatou uma terapeuta ocupacional que:

(...) A perícia funciona lá no Hospital Heitor Carrilho, ainda. Eles têm assim um núcleo de perícia. Agora, de vez em quando, vêm fazer perícia aqui. Mas, por exemplo, ontem tava [*sic*] marcada uma perícia aqui para um paciente, aí a gente chegou, avisou ao paciente que vinha o perito, o paciente fica todo... toda aquela ansiedade esperando, mudou a roupinha, ficou todo limpinho. Aí recebemos um aviso que a perita não viria ontem, só vai vir quinta-feira. Aí nós chamamos o paciente, tava [*sic*] todo arrumadinho esperando a perícia, conversamos com ele, falamos. Então, sabe, essas coisas acontecem.<sup>42</sup>

Em síntese, diante da Lei nº 10.216/01, que reorienta o tratamento dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico, não se pode mais admitir o uso do conceito de periculosidade, tanto em razão da impossibilidade de sua verificação, quanto pela assunção de autonomia e responsabilidade pelos pacientes, o que resgata o instituto da culpabilidade aos portadores de sofrimento mental em conflito com a lei.

---

<sup>42</sup> Entrevista realizada no dia 14/09/2016 no HCTP Henrique Roxo durante pesquisa de campo.

## 2 O LAUDO PERICIAL PSIQUIÁTRICO E A DECISÃO JUDICIAL

O laudo pericial psiquiátrico tem por objetivo legal aferir a imputabilidade ou inimputabilidade do acusado, o que irá determinar a imposição de uma pena (caso seja imputável) ou medida de segurança (na hipótese da inimputabilidade).

O que se questiona é a apropriação do conceito jurídico de imputabilidade pelo saber médico, uma vez que, na conclusão do laudo pericial, não cabe ao perito apenas fazer o diagnóstico da doença mental, mas também responder à questão, formulada pelas partes, relativa à capacidade de o sujeito entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, o que foge à atuação da psiquiatria. Sobre o tema, Mariana de Assis Brasil e Weigert adverte que:

Afirmar que há, de um lado, o direito fazendo suas perguntas à medicina, que irá respondê-las com base em sua epistemologia para que sejam decodificadas pelo juiz, que tomará as decisões, é uma grande falácia. O que existe é a psiquiatria a serviço do direito, e tal submissão é justamente o que descaracteriza a técnica psiquiátrica. Ao se encontrar submetida ao requerimento do juiz para versar sobre um conceito normativo, a psiquiatria deixa de agir segundo seu conhecimento próprio e conclui fora da esfera de seu campo. A psiquiatria torna-se o grande instrumento que serve ao direito para o embasamento de suas decisões judiciais e, o que é inacreditável, com legitimidade científica.<sup>43</sup>

Neste sentido, a partir do laudo psiquiátrico, viu-se emergir um poder de normalização que não se submete a nenhuma regra garantidora, funcionando como regime de verdade no processo penal, oriundo da junção do poder médico e do poder judiciário.

(...) no ponto em que se encontram o tribunal e o cientista, onde se cruzam a instituição judiciária e o saber médico ou científico em geral, nesse ponto são formulados enunciados que possuem o estatuto de discursos verdadeiros, que detêm efeitos judiciários consideráveis e que têm, no entanto, a curiosa propriedade de ser alheios a todas as regras, mesmo as mais elementares, de formação de um discurso científico; de ser alheios também as regras do direito (...).<sup>44</sup>

Para Foucault, o exame psiquiátrico, materializado no laudo médico, constitui-se em um discurso que possui algumas propriedades, dentre elas, a de determinar a liberdade ou a

---

<sup>43</sup> WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Entre Silêncios e Invisibilidades**: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciários brasileiros. 2015. 2011f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015, p. 90.

<sup>44</sup> FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**: curso no *Collège de France* (1974 – 1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 14.



detenção de um homem, “um poder de vida ou de morte” e a de funcionar como discurso de verdade em razão de sua cientificidade.<sup>45</sup>

É notório que o saber científico carrega consigo uma ambição de verdade que se pretende incontestável, já que produzido em uma instituição científica por indivíduos que se acredita capacitados e, em razão disso, o laudo psiquiátrico acaba por gozar de certo privilégio em relação a outros meios de produção da prova judiciária: “Em suma, são enunciados com efeitos de verdade e de poder que lhes são específicos: uma espécie de suprallegalidade de certos enunciados na produção da verdade judiciária”.<sup>46</sup>

Importante mencionar que o Instituto de Perícias Heitor Carrilho, responsável pela elaboração do laudo de insanidade mental no estado do Rio de Janeiro, solicita ao juízo, para fins de realização do exame psiquiátrico, cópias da qualificação do réu, da denúncia, do auto de prisão em flagrante, do registro de ocorrência, do interrogatório, dos quesitos formulados pelas partes e de informações hospitalares, conforme ofício constante no anexo 2.

Contudo, há de se questionar acerca da necessidade de alguns dos documentos solicitados, uma vez que informações acerca da prática da infração, que estigmatizam o então periciando/paciente como acusado em um processo criminal, não deveriam ser objeto de análise da perícia psiquiátrica, mas tão somente documentos que indiquem acerca da condição psíquica do sujeito, uma vez que os meios de prova da infração coligidos aos autos podem influenciar o perito sobremaneira na elaboração do laudo psiquiátrico, que não mais enxerga o sujeito como paciente/periciando, mas sim como suposto criminoso.

O exame pericial destina-se, neste contexto, menos a aferir acerca da capacidade de responsabilidade do sujeito e mais a descrever comportamentos e traços de caráter que se consideram desviantes, a fim de se organizar em um discurso do perigo social a configurar o conceito de periculosidade, pretendendo demonstrar, muitas vezes, “como o indivíduo já se parecia com seu crime antes de o ter cometido”<sup>47</sup>.

---

<sup>45</sup> FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**: curso no *Collège de France* (1974 – 1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 8.

<sup>46</sup> \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. p. 14.

<sup>47</sup> \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. p. 24.

Segundo Kaplan, Sadock & Greb, “A ‘legalização’ da psiquiatria apresentou um sério e importante efeito colateral – a prática crescente da medicina defensiva. A prática defensiva converte os pacientes em adversários dos quais os médicos devem defender-se”.<sup>48</sup>

Quanto à valoração do exame médico no processo penal, Renato Brasileiro de Lima ensina que há dois sistemas de apreciação dos laudos periciais: a) o sistema vinculatório, em que o julgador fica adstrito ao laudo pericial, não podendo contrariá-lo; e b) o sistema liberatório, no qual o julgador não está vinculado à conclusão pericial, podendo acatá-la ou rejeitá-la.<sup>49</sup>

Em razão da opção do CPP pelo sistema do livre convencimento motivado (artigo 155, *caput*, do CPP)<sup>50</sup>, característico do sistema acusatório, o laudo pericial deve ser valorado conjuntamente com outros elementos de prova produzidos no curso do processo penal, não ostentando valor maior que outras provas e não vinculando o julgador ao laudo. Não por outra razão, o artigo 182 do CPP expressamente disciplina que “O juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte”. A exposição de motivos do CPP também deixa claro que “todas as provas são relativas; nenhuma delas terá, *ex vi legis*, valor decisivo ou necessariamente maior prestígio que as outras”.

Aury Lopes Jr. ressalta que “Não se pode admitir a substituição do juiz pelo perito, transformando o julgador num mero homologador de laudos e perícias, algo absolutamente incompatível com a garantia da jurisdição e do devido processo penal.”<sup>51</sup>

Assim, ainda que o laudo pericial conclua pela imputabilidade ou inimputabilidade do agente, pode o julgador, com base em outros meios de prova coligidos ao longo da instrução probatória, julgar de forma contrária à conclusão pericial, desde que motive sua decisão.

---

<sup>48</sup> KAPLAN, H. I.; GREBB, J. A.; SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria**: ciência, comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, [1997 ?], p. 1088.

<sup>49</sup> LIMA, Renato Brasileiro de. **Manual de processo penal: volume único**. 4. ed. Salvador: Ed. JusPodivim, 2016, p. 644.

<sup>50</sup> Art. 155. O juiz formará sua convicção pela livre apreciação da prova produzida em contraditório judicial, não podendo fundamentar sua decisão exclusivamente nos elementos informativos colhidos na investigação, ressalvadas as provas cautelares, não repetíveis e antecipadas.

<sup>51</sup> LOPES JR., Aury. **Direito processual penal**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 461.

A título de ilustração, foi selecionado o processo criminal nº 166532-39.2012.8.19.0001, que tramitou perante à 29ª Vara Criminal da Comarca da Capital/RJ, em que a perícia concluiu pela imputabilidade da acusada enquanto a juíza decidiu pela sua inimputabilidade.

O laudo pericial constatou o seguinte:

IX – Conclusões:

IX – Diagnóstico: **Sem doença mental.**

IX. II Considerações Psiquiátrico-forenses:

Do relato da pericianda, da análise da documentação acostada aos autos e apresentadas no ato pericial, concluímos não termos encontrado na pericianda, qualquer sinal clínico de que sofresse no momento de seu ato, ou sofra hoje, de qualquer doença mental. Apesar de laudos anexados aos autos (folhas 15 e 16), apontarem sintomas psicóticos na pericianda, estes não foram encontrados em sua história pregressa, nem posteriormente. As motivações emocionais para seus atos bárbaros de violência contra sua filha indefesa, podem ser encontrados em sua própria história infantil de vítima de abusos sexuais perpetrados por seu meio irmão. Apesar de ter sido ela também vítima de violência, também em tenra idade, seus seguidos atos agressivos contra sua filha não foram cometidos na vigência de qualquer turvação sensorial, obnubilação da consciência, ou episódio psicótico. Houve, conforme se depreende de seu próprio relato a nós, de intencionalidade, combinação de meios e união de esforços para sua efetivação.

Desta maneira concluímos que **a pericianda, no momento do seu ato, era totalmente capaz de compreender seu caráter ilícito, e de determinar-se de acordo com esta compreensão.**<sup>52</sup> (*grifos nossos*)

Interessante destacar que o perito se utiliza de julgamentos morais em suas considerações psiquiátrico-forenses, que deveriam ser técnicas, ao classificar a infração praticada pela acusada como “atos bárbaros de violência contra sua filha indefesa” e de relatar que, apesar de a ré ter sido vítima de violência sexual quando criança, ainda assim agredia sua filha, demonstrando a reprovabilidade de sua conduta. Por fim, o perito opina pela condição de imputável da acusada.

Já a magistrada decidiu de maneira diversa na sentença:

**(...) No tocante à culpabilidade restou demonstrado nos autos que a acusada não era, ao tempo do fato, imputável, em que pese o laudo pericial afirmar o contrário.**

De fato, como bem salientou o MP, o art. 182 do CPP estabelece que “o juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte”. No caso em questão, está perfeitamente comprovado, através da prova colhida, que ela tinha consciência do caráter ilícito de seu comportamento, mas não era capaz de determinar-se de acordo com esse entendimento.

A própria acusada procurou a polícia afirmando “que não aguentava mais bater na filha” e confessou que tinha perdido o controle sobre as agressões praticadas contra a mesma. Assim, ainda que não se tenha constatado nenhuma anormalidade no incidente de insanidade mental, deve ser reconhecido o fato de que a ré não estava

---

<sup>52</sup> Vide anexo 2.

conseguindo cessar as agressões contra a vítima, ainda que soubesse que aquela atitude não estava correta. **A hipótese, portanto, é de inimputabilidade, prevista no art. 26 do C.P.** <sup>53</sup> (*grifos nossos*)

Neste sentido, vale destacar a fala de Sergio Carrara:

(...) é interessante notar que, por não ser psiquiatra, o juiz tem obrigação de pedir uma perícia médico-psiquiátrica nos casos em que se duvida da sanidade mental de um acusado, mas, por ser juiz, ele pode recusar os resultados dessa perícia no todo ou em parte. Não se pode deixar de perceber o conflito de competência que subjaz à superfície ordenada das disposições legais e como, através delas, a autoridade judiciária se protege (ao “arrepio” da lógica), impondo limites ao poder de intervenção dos psiquiatras em matéria penal. <sup>54</sup>

Conclui-se que os papéis desempenhados por juízes e psiquiatras no processo penal se misturam e se confundem, e seus discursos, como referido por Foucault, parecem dar origem a uma forma de controle que não se submete nem aos preceitos do direito, nem da medicina.

---

<sup>53</sup> Vide anexo 2.

<sup>54</sup> CARRARA, Sergio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo : EdUSP, 1998, p. 30-31.

### 3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E AS NORMATIVAS NACIONAIS SOBRE O CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

#### 3.1 O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil

Em um contexto de pós-segunda guerra mundial, emergiram movimentos reformadores em diversos países que questionavam o saber psiquiátrico e suas práticas, sobretudo no que diz respeito às formas asilares e de confinamento, como o manicômio, que remontavam aos horrores dos campos de concentração.

Dentre os diversos movimentos de reforma psiquiátrica, podem-se destacar como principais os seguintes grupos: Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional; Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva; e Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana.

As pretensões dos movimentos eram variadas. O grupo da Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional buscava uma transformação na gestão manicomial, mantendo-se, contudo, a instituição hospitalar. Já o movimento da Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva pretendia deslocar o local de tratamento do hospital para a comunidade, por meio de serviços assistenciais. Por fim, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana representaram a faceta mais radical dos movimentos ao questionarem o próprio saber psiquiátrico e o instituto da loucura.

Paulo Amarante ensina que:

Enquanto estes dois momentos (*Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional; Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva*) limitam-se a meras reformas do modelo psiquiátrico – na medida em que acreditam na instituição psiquiátrica como *locus* de tratamento e na psiquiatria enquanto saber competente –, a fim de fazê-lo retornar ao objetivo do qual se ‘desviara’, a antipsiquiatria e a psiquiatria na tradição basagliana operam uma ruptura. Ruptura esta referente a um olhar crítico voltado para os meandros constitutivos do saber/prática psiquiátricos: o campo da epistemologia e da fenomenologia. Desta maneira, buscam realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, aqui entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionados e redutores da complexidade dos fenômenos.<sup>55</sup>

<sup>55</sup> AMARANTE, Paulo. Coord. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, p. 22. Available from SciELO Books.

No Brasil, segundo a classificação adotada por Paulo Amarante<sup>56</sup>, a primeira fase da reforma psiquiátrica, denominada “trajetória alternativa”, abarcou o período de 1978 a 1980, contexto de redemocratização do país. Um dos atores principais da reforma foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ao construir “um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização.”<sup>57</sup>

O MTSM foi o responsável por denunciar a “crise da DINSAM”, órgão do Ministério da Saúde incumbido da elaboração de políticas públicas de saúde mental, relatando a precariedade das condições de trabalho dos profissionais e a fragilidade do atendimento prestado aos usuários do serviço.

Neste ponto, esclarece Amarante que:

A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista – visto que a situação dos bolsistas é ilegal – aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Ou seja, reflete um conjunto heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa.<sup>58</sup>

Outro acontecimento importante do período foi o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro, que trouxe ao Brasil autores do pensamento crítico em saúde mental como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman, dentre outros, o que possibilitou, por parte dos movimentos de reforma, debates e questionamentos acerca dos saberes e práticas psiquiátricas.

Em 1980, foi instituída também uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, com o fim de averiguar as denúncias na assistência psiquiátrica e reexaminar a legislação penal e civil no que se refere ao portador de sofrimento psíquico.

---

<sup>56</sup> AMARANTE, Paulo. Coord. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, p. 22. Available from SciELO Books.

<sup>57</sup> \_\_\_\_\_. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995, p. 492.

<sup>58</sup> \_\_\_\_\_. Coord. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, p. 52. Available from SciELO Books.

Neste mesmo período, fruto dos intensos debates e da veiculação nos meios de comunicação acerca da realidade das instituições psiquiátricas, foi lançado o primeiro documentário brasileiro sobre o tema, intitulado “Em nome da Razão”, do cineasta Helvécio Ratton, filmado no Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais e apresentado em novembro de 1979 no III Congresso Mineiro de Psiquiatria.

No final da trajetória alternativa,

Ao lado das críticas à administração/gestão dos serviços, surgem o lema da luta antimanicomial e as denúncias de favorecimento ao setor privado (pelos convênios com o setor público e pelo caráter medicamentoso e lucrativo com que se trata da questão da saúde e da psiquiatria).<sup>59</sup>

Em seguida tem início a “trajetória sanitarista”, em que se buscou atuar diretamente no âmbito das políticas públicas. Neste contexto é realizado um convênio entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o da Saúde (MS), objetivando “a colaboração do MPAS no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde.”<sup>60</sup>, em face do caráter privatizante da gestão hospitalar anterior que culminou no sucateamento do serviço público.

Segundo Paulo Amarante:

Com a co-gestão, cria-se a possibilidade de implantar uma política de saúde que tem como bases o sistema público de prestação de serviços, a cooperação interinstitucional, a descentralização e a regionalização, propostas defendidas pelos movimentos da reforma sanitária e psiquiátrica.<sup>61</sup>

Neste período, o Estado tomou para si a gestão dos hospitais públicos, setores críticos da saúde mental, antes geridos através de contrato pelo setor privado, e os trabalhadores militantes da reforma psiquiátrica procuraram se integrar nas instituições públicas de saúde.

O convênio propiciou a redução do número de internações psiquiátricas e a preferência pelo tratamento ambulatorial, com a participação de equipes multiprofissionais, além de trabalhar a ressocialização dos pacientes de longa internação. “Neste contexto, a necessidade

---

<sup>59</sup>AMARANTE, Paulo. Coord. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** [online]. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, p. 58-59. Available from SciELO Books.

<sup>60</sup> \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. p, 59.

<sup>61</sup> \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. p, 62.

de superação da hospitalização equivale, em última instância, à superação do hospital/manicômio como recurso terapêutico.”<sup>62</sup>

Os embates e conflitos entre os militantes da reforma psiquiátrica, do movimento de reforma sanitária e dos representantes dos hospitais privados que marcaram este período, propiciaram a formulação, pelo movimento da reforma psiquiátrica, de um modelo de tratamento oposto à lógica hospitalocêntrica, com a influência do pensamento de Franco Basaglia e do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, mas não mais focado apenas no caráter técnico-científico da reforma, e sim como um movimento social que buscava mudanças no campo da saúde mental.

Assim, a partir da segunda metade da década de 80, tem início a “trajetória da desinstitucionalização”, caracterizada, segundo Paulo Amarante:

(...) por uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre a um só tempo e articuladamente nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.<sup>63</sup>

Sobretudo após o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1987 na cidade de Bauru, em São Paulo, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios” é construído, tendo como uma de suas pautas a participação da sociedade nos debates acerca da loucura e dos serviços psiquiátricos, através da organização de associação de familiares, voluntários e usuários dos serviços de saúde mental, além da mudança na concepção do louco, visto não mais como um doente mental, mas sim como sujeito de direitos, tendo-lhe assegurado o exercício da cidadania.

Merece destaque o seguinte trecho do Manifesto de Bauru, aprovado durante a plenária do Congresso, em que os manifestantes ressaltam a importância do evento na luta antimanicomial:

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública

---

<sup>62</sup>AMARANTE, Paulo. Coord. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** [online]. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, p. 63-64. Available from SciELO Books.

<sup>63</sup> \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. p. 76-77.



organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes no II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação.

Outro acontecimento importante ocorrido em 1989 foi o fechamento, pela Prefeitura de Santos, de um hospício privado com mais de 500 internos. Tal ação foi possibilitada pelo processo de municipalização do sistema de saúde, e deu lugar aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos Lares Abrigados, bem como a cooperativas de trabalho destinadas aos usuários dos serviços de saúde mental.

No mesmo ano foi apresentado o Projeto de Lei (PL) nº 3.657 de autoria do deputado Paulo Delgado, que apresentava como diretriz geral a reorientação do modelo de saúde mental com a substituição progressiva do aparato manicomial, além de regulamentar a internação psiquiátrica compulsória. Doze anos após tramitação pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, foi promulgada a Lei nº 10.216/2001, que será tratada no próximo subcapítulo.

Importante destacar que, durante o período em que a PL tramitou no Congresso Nacional, os estados do Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco e Rio Grande do Sul <sup>64</sup> aprovaram leis que tiveram por base o Projeto de Lei nº 3.657/1989.

Em síntese, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira propiciou grandes avanços no tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico, desvinculando-se da lógica hospitalocêntrica/manicomial e garantindo ao portador de sofrimento mental sua qualidade de sujeito de direitos e seu papel de cidadão. Contudo, importante destacar que o “louco infrator” não foi abrangido neste processo de reforma psiquiátrica, uma vez que inúmeros homens e mulheres que praticaram condutas análogas a crime continuam a cumprir medidas de segurança nos manicômios judiciários brasileiros.

---

<sup>64</sup> Lei 12.151/1993; Lei 975/1995; Lei 5.267/1992; Lei 11.802/1995; Lei 11.189/1995; Lei 11.064/1994; Lei 9.716/1992.

### 3.2 A Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001: Lei da Reforma Psiquiátrica

O texto da Lei Federal nº 10.216/2001 foi aprovado com algumas mudanças relativas à redação do PL nº 3.657/1989, mas manteve como proposta precípua a modificação do aparato manicomial por substitutos assistenciais, além de assegurar a proteção e os direitos do sujeito em sofrimento psíquico.

E, ao garantir a qualidade de sujeito de direitos a esses indivíduos, a Lei Federal inadmite que se possa considerá-los absolutamente irresponsáveis pelos atos praticados, mas reconhece formas singulares de responsabilidade. Desta forma, o binômio inimputabilidade-periculosidade não mais encontra guarida no contexto da reforma psiquiátrica, que garante aos sujeitos em sofrimento mental em conflito com a lei, a capacidade de serem responsáveis e responderem por seus atos.

Salo de Carvalho precisamente ressalta que:

Nota-se, inclusive, ao longo do percurso trilhado pela antipsiquiatria e pelo movimento antimanicomial, a importância terapêutica de que o sujeito com sofrimento psíquico seja visto como responsável: responsável pelos seus atos passados, responsável pelo seu processo terapêutico e responsável pelos seus projetos futuros. Negar ao portador de sofrimento psíquico a capacidade de responsabilizar-se é um dos principais atos de assujeitamento e coisificação.<sup>65</sup>

Sobre a aplicação da Lei Federal aos portadores de transtorno mental submetidos à medida de segurança, Pedro Gabriel Godinho Delgado afirma que:

Desde a redação original de 1989, quando iniciou sua tramitação na Câmara dos Deputados, o projeto Paulo Delgado optou deliberadamente por não tratar das mudanças (...) na área Penal – no que respeita à inimputabilidade e periculosidade do paciente psiquiátrico que comete delitos. Foi uma opção deliberada, em benefício da clareza e da eficácia da mudança normativa proposta.<sup>66</sup>

Contudo, em seu artigo 1º, a Lei Federal estabelece que suas disposições se destinam a todos os portadores de transtornos mentais, sem qualquer forma de discriminação. Assim, é

---

<sup>65</sup> CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 526.

<sup>66</sup> DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica**. In: VENANCIO, Ana Teresa A.; CAVALCANTI, Maria Tavares. (Orgs.) *Saúde Mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA/UF RJ, 2001, p. 287.

evidente que os sujeitos em sofrimento psíquico infratores também têm seus direitos e garantias tutelados pela referida Lei, não havendo razão para que sejam excluídos de sua abrangência.

O artigo 2º, parágrafo único, e seus incisos, elencam os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, estabelecendo condições de realização do tratamento, que deve ser humano e respeitoso, com o objetivo único de beneficiar a saúde do paciente, além de determinar que o tratamento inclua a inserção do paciente na família, no trabalho e na comunidade. Neste ponto, destaca-se que os direitos garantidos a estes sujeitos pela Lei da Reforma Psiquiátrica são muito mais amplos que aqueles previstos no artigo 99 da LEP, destinados aos indivíduos em cumprimento de medida de segurança.

Já o artigo 3º determina que a responsabilidade pelas políticas públicas no campo da saúde mental é do Estado, com a participação da sociedade e da família, e os serviços psiquiátricos devem ser prestados em estabelecimento de saúde mental, no âmbito do SUS. Contudo, os HCTPs, destinados ao cumprimento das medidas de segurança, disciplinados no Título IV, Capítulo VI, da LEP, continuam sob a administração do sistema penitenciário.

No artigo 4º, *caput*, a internação como modalidade de tratamento é prevista apenas em última hipótese, “quando os recursos hospitalares se mostrarem insuficientes”, o que demonstra a tentativa de superação da lógica manicomial, apesar de não se ter uma definição clara do que seja insuficiente. Seus parágrafos primam pela inserção social do paciente em seu meio e estabelecem que a assistência deve ser integral e realizada por equipe multiprofissional, vedando a internação em instituições de características asilares.

Deve-se ressaltar que a realidade dos HCTPs está longe de apresentar características que assegurem ao paciente os direitos que lhes são previstos no artigo 2º da Lei da Reforma Psiquiátrica, considerando ainda que os estabelecimentos em que as medidas de segurança são cumpridas ostentam mais traços de uma instituição prisional do que hospitalar.

Neste sentido, aponta Debora Diniz que:

Os hospitais para loucos infratores resistiram à Reforma Psiquiátrica; alguns foram, inclusive, inaugurados após a Lei 10.216 de 2001, ocasião em que houve uma

reorientação do cuidado da loucura — do modelo asilar para o ambulatorial (Brasil, 2001).<sup>67</sup>

O artigo 5º disciplina acerca da política de alta programada dos pacientes de internação prolongada, sob responsabilidade da autoridade sanitária, razão pela qual aos sujeitos em sofrimento psíquico submetidos à medida de segurança, quando em desinternação progressiva, não devem ser seguidos os ditames previstos no artigo 178, combinado com os artigos 132 e 133, todos da LEP, mas sim àqueles estabelecidos na Lei da Reforma Psiquiátrica.

Por fim, necessário mencionar que o artigo 6º determina que “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos”, ainda que a internação seja compulsória. Portanto, a medida de segurança deve ser cumprida, em regra, em regime ambulatorial, e a internação não pode ser determinada pelo juiz, mas decidida motivadamente por equipe médica, não cabendo mais a decisão pela sua espécie (restritiva ou detentiva) em razão da gravidade do delito, conforme disciplina o artigo 97 do CP.

Desta forma, resta evidente que os princípios e diretrizes estabelecidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica aos portadores de transtorno mental são plenamente aplicáveis àqueles em conflito com a lei, atribuindo-lhes capacidade de responsabilidade.

### **3.3 A Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015: Estatuto da Pessoa com Deficiência**

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituído pela Lei nº 13.146/2015, tem por finalidade “(...) assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania”<sup>68</sup> e, em seu artigo 2º, considera como pessoa com deficiência o sujeito em sofrimento mental.<sup>69</sup>

---

<sup>67</sup> DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, p. 13.

<sup>68</sup> Art. 1º. É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

<sup>69</sup> Art. 2º. Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Resultante da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), ratificada pelo Brasil, o Estatuto altera o regime jurídico das incapacidades e da curatela ao reconhecer a autonomia da pessoa portadora de sofrimento psíquico, assegurando-lhe o “exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas”<sup>70</sup>.

Necessário esclarecer que o artigo 81 do Estatuto disciplina que “os direitos da pessoa com deficiência serão garantidos por ocasião da aplicação de sanções penais”, o que confirma a incidência dos direitos assegurados pelo Estatuto aos sujeitos em sofrimento psíquico em conflito com a norma penal.

Sobre a CDPD, ressalta Joyceane Bezerra de Menezes que:

O principal contributo da Convenção está exatamente no reconhecimento da autonomia e da capacidade das pessoas com deficiência, em igualdade de condições com as demais, como pressupostos de sua dignidade e de sua participação na vida social, familiar e política. Afinal, a autonomia, substrato material da capacidade de agir, constitui uma necessidade humana da qual decorrem vários direitos. Todos têm, em menor ou maior medida, uma capacidade de agir.<sup>71</sup>

Assim, não há razão para se negar a uma pessoa a capacidade de responder pelos atos praticados no âmbito penal, quando na esfera cível lhe é assegurado o direito de autonomia sobre os diversos aspectos da vida, notadamente quanto à esfera existencial, o que acaba por conceber a dicotômica figura do sujeito inimputável/capaz.

No que toca aos direitos assegurados pelo Estatuto, sobretudo àqueles dispostos no artigo 6º da Lei<sup>72</sup>, o Relatório Brasil 2015 constatou flagrante desrespeito ao seu exercício nos manicômios judiciários, inclusive em relação aos direitos sexuais, ao verificar que “em 70,59%

---

<sup>70</sup> Art. 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.

<sup>71</sup> MENEZES, Joyceane Bezerra de. **O direito protetivo no Brasil após a convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência**: impactos do novo CPC e do estatuto da pessoa com deficiência. *Civilistica.com*. Rio de Janeiro, a. 4, n. 1, jan.-jun./2015, p. 5-6. Disponível em: <<http://civilistica.com/o-direito-protetivo-no-brasil/>>. Acesso no dia 06 de setembro de 2016.

<sup>72</sup> Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para: I - casar-se e constituir união estável; II - exercer direitos sexuais e reprodutivos; III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar; IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória; V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

dos manicômios inspecionados não há espaço para convivência íntima e, em 100% deles, não há visita íntima. O corolário óbvio é a relação homoafetiva muitas vezes não consentida.”<sup>73</sup>

Sobre as formas de tratamento de saúde, o artigo 11 do Estatuto estabelece que “a pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada.”<sup>74</sup> Cabe, portanto, considerar que a imposição da medida de segurança como forma de tratamento ao sujeito inimputável psíquico, sobretudo na modalidade de internação, configura ofensa aos seus direitos em razão da ausência de consentimento prévio, por tratar-se de internação compulsória.

O artigo 5º da Lei dispõe que “a pessoa com deficiência será protegida de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante.” Em relação à realidade dos manicômios judiciários do país, violadora de direitos, destaca-se o seguinte trecho do Relatório Brasil 2015:

(...) Evidenciando total descaso com a preservação da dignidade e condição humana dos pacientes, a maioria destas instituições segue mantendo os pacientes em celas geralmente coletivas com uma média de 8 pacientes em cada, com conservação precária, ou sem nenhuma conservação, com ventilação e iluminação insuficientes e sem a menor higiene. As camas - muitas vezes em número insuficiente para todos -, em geral são de alvenaria, a maioria sem colchão, ou com colchões velhos e sujos e não existe armário individual. O banheiro geralmente é coletivo, totalmente devassado e fétido, não possui porta, nem conta com chuveiro de água quente, mesmo nos estados onde a temperatura atinge níveis mais baixos.<sup>75</sup>

O Estatuto define, ainda, que o atendimento a pessoa com deficiência deve ser integral e realizado no âmbito do SUS<sup>76</sup>, o que reforça, conforme já debatido no subcapítulo anterior, a inadequação dos estabelecimentos destinados ao cumprimento das medidas de segurança, administrados pelo sistema penitenciário.

Portanto, pode-se perceber que a legislação penal é discriminatória no que tange aos direitos das pessoas em sofrimento mental submetidas ao instituto da medida de segurança,

---

<sup>73</sup> CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015, Brasília: CFP, 2015, p, 17.

<sup>74</sup> Art. 11. A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada.

<sup>75</sup> CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015, Brasília: CFP, 2015, p, 133-134.

<sup>76</sup> Art. 18. É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.

considerando as diretrizes e mudanças operadas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência quanto à autonomia dos sujeitos portadores de transtorno mental. Vale ressaltar que os direitos assegurados no referido Estatuto se estendem às sanções penais.

No próximo subcapítulo, serão abordadas outras normativas nacionais que determinam o cumprimento da medida de segurança nos moldes da Lei nº 10.216/2001.

### 3.4 Portarias, Resoluções e Recomendações

A Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003, aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, disciplinando as orientações da Política Nacional de Saúde Mental que devem ser observadas no cumprimento das medidas de segurança. Neste sentido, a Portaria objetiva, entre outras ações, “garantir tratamento digno e de qualidade a pessoas submetidas à medida de segurança (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário), primando pelas diretrizes do SUS e da Lei Federal n. 10.216/01.”<sup>77</sup>

Da mesma forma, o Ministério da Justiça, através da Resolução nº 05, de 04 de maio de 2014 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP),<sup>78</sup> estabeleceu dezoito diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, com base na política antimanicomial, visando a ultrapassagem da lógica hospitalocêntrica e a inserção do sujeito em sofrimento mental na comunidade.

Com a finalidade de dar cumprimento à Resolução, foi determinado que cópias fossem remetidas às Secretarias Estaduais de Administração Penitenciária, aos Conselhos Penitenciários Estaduais e ao DEPEN/MJ.

Já a Resolução nº 04/2010, do CNPCP, representa um significativo avanço ao estipular o prazo de 10 (dez) anos para o fechamento dos HCTPs, conforme se verifica na redação de seu artigo 6º:

---

<sup>77</sup> BRASIL. Ministério da Justiça e da Saúde. Portaria Interministerial nº 1777/GM, de 9 de setembro de 2003. Diário Oficial da União, 04 de abril de 2002. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/530359.pdf>>. Acesso em: 11 de outubro de 2016.

<sup>78</sup> \_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, Resolução nº 05, de 04 de maio de 2014. Diário Oficial da União, 14 de maio de 2014. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/cadeias/pe\\_legislacao/2004resolu05.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/pe_legislacao/2004resolu05.pdf)>. Acesso em: 11 de outubro de 2016.

o Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário.<sup>79</sup>

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), na Resolução nº 113/2010<sup>80</sup> e na Recomendação nº 35/2011<sup>81</sup>, orienta aos Tribunais a adequação da execução da medida de segurança à Lei da Reforma Psiquiátrica, sugerindo que a realização de exames periciais seja feita por equipe multiprofissional; que a internação dos pacientes judiciários, quando necessária, se dê no âmbito do SUS, além de incentivar a formação de grupos de trabalho interdisciplinares que ofereçam subsídios às decisões judiciais, dentre outras medidas.

No entanto, em que pese as Portarias, Resoluções e Recomendações disciplinando a execução das medidas de segurança nos moldes da Lei da Reforma Psiquiátrica, o recente relatório de inspeção nos manicômios judiciários brasileiros, realizado em 2015, revela que a realidade destes estabelecimentos não se modificou, permanecendo como um local de violação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei.

Neste sentido, vale conferir o seguinte trecho das considerações finais do relatório:

Esta longa permanência dos loucos infratores em situação desumana trouxe a necessidade de intervenção, promovendo visibilidade ao cenário de horror presente, despertando no Poder Judiciário a elaboração de atos jurídicos, com vistas a dar ao louco infrator o que é de direito, como a Resolução nº 113 e Recomendação nº 35, ambas do Conselho Nacional de Justiça, a Resolução nº 04, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e outras, baseadas na Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conhecida como Lei Antimanicomial. Mas vimos que os esforços legais não chegaram à prática massacrante da exclusão, que segue solta e parece não ter freios ou limites. No Brasil, as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei são abandonadas, presas, inúmeras delas há décadas, esquecidas, submetidas a vários tipos de abuso, ainda presente na triste realidade encontrada no momento das inspeções realizadas em Manicômios, Hospitais de Custódia, Alas de Tratamento Psiquiátrico e Similares.<sup>82</sup>

---

<sup>79</sup> BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, **Resolução nº 04**, de 30 de julho de 2010. Diário Oficial da União, 20 de agosto de 2010. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/resolucoes/resolucao-CNPPC-4-2010>>. Acesso em: 11 de outubro de 2016.

<sup>80</sup> \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 113**, de 20 de abril de 2010. DJ-e nº 73, em 26/04/2010. Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br/images/atos\\_normativos/resolucao/resolucao\\_113\\_20042010\\_24082016160219.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/resolucao/resolucao_113_20042010_24082016160219.pdf)>. Acesso em 22 de outubro de 2016.

<sup>81</sup> \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 35**, de 12 de julho de 2011. DJE/CNJ nº 129/2011, de 14/07/2011. Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br/images/atos\\_normativos/recomendacao/recomendacao\\_35\\_12072011\\_22102012170144.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_35_12072011_22102012170144.pdf)>. Acesso em 22 de outubro de 2016.

<sup>82</sup> CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015, p. 155.



Neste ponto, o que se indaga é por qual razão as diretrizes estabelecidas pela Lei da Reforma Psiquiátrica e pelas demais normativas encontram resistência quanto ao seu alcance àqueles portadores de sofrimento psíquico em conflito com a lei. Conforme bem observado por Mariana de Assis Brasil e Weigert, parece que “(...) há quase sempre uma sentença definitiva para o sujeito portador de transtorno mental que pratica um delito: será tratado como delinquente onde quer que se encontre (...)”<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Entre Silêncios e Invisibilidades**: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciais brasileiros. 2015. 2011f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015, p. 149.

## 4 A REALIDADE DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HENRIQUE ROXO

### 4.1 O trabalho de campo

Neste capítulo será apresentada uma pesquisa qualitativa, com características etnográficas, ressaltando que não se pretendeu realizar um estudo etnográfico completo, mas sim uma pesquisa com utilização de métodos próprios da etnografia.

Sobre a etnografia, Clifford Geertz ensina que “em antropologia ou, de qualquer forma, em antropologia social, o que os praticantes fazem é a etnografia (...). O que o define é o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma ‘descrição densa’”.<sup>84</sup>

Realizada com o objetivo de compreender a instituição manicomial e interpretar o seu significado para os seus membros - equipe técnica, agentes penitenciários e internados -, a pesquisa se desenvolveu por meio de técnicas como a observação participante, entrevistas semiestruturadas e conversas informais, buscando descrever os significados culturais atribuídos pelos indivíduos à instituição estudada.

Importante ressaltar que os dados colhidos, em verdade, decorrem da interpretação da pesquisadora sobre a interpretação dos sujeitos pesquisados.

#### 4.1.1 O cenário do estudo

O HCTP Henrique Roxo, assim designado após a reforma operada no CPP em 1984, foi criado em 1972 e se situa na cidade de Niterói/RJ. Foi a instituição selecionada para a pesquisa por ser, atualmente, o único manicômio judiciário do estado do Rio de Janeiro onde os indivíduos – homens – cumprem medida de segurança. Considerou-se, ainda, o grande porte da instituição e a facilidade de acesso em razão de sua localização.

A realização da pesquisa de campo se deu através de autorização judicial concedida pelo juízo da Vara de Execuções Penais (anexo 1), uma vez que em contato telefônico com a

---

<sup>84</sup> GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 14-15.

administração do HCTP não se obteve êxito no agendamento de entrevista prévia para a solicitação de autorização de pesquisa.

A instituição é subordinada à Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do estado do Rio de Janeiro (SEAP) e “é a unidade responsável pelo atendimento dos pacientes em cumprimento da Medida de Segurança; e pela prestação do atendimento das intercorrências psiquiátricas das unidades prisionais de Niterói e unidades próximas.”<sup>85</sup>

Com capacidade para receber 135 (cento e trinta e cinco) pacientes do sexo masculino, a instituição contava, à época da coleta de dados (setembro/2016), com 112 (cento e doze) internados com sentença absolutória imprópria e imposição de cumprimento de medida de segurança na espécie de internação. Contudo, 02 (dois) dos pacientes internados estavam equivocadamente no estabelecimento, uma vez que lhes foram impostas medidas de segurança de tratamento ambulatorial.

No seminário “Internação compulsória: por quê, pra quê e pra quem?”, realizado em novembro de 2016, o diretor do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, Marcos José de Souza Martins, esclareceu que, com o fechamento do HCTP Heitor Carrilho, as mulheres passaram a cumprir as medidas de segurança no Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros, onde estão também os internados provisórios, uma vez que não puderam ser acolhidas no HCTP Henrique Roxo por questões arquitetônicas.

No tocante à estrutura física, o HCTP Henrique Roxo é composto por dois prédios distintos: um destinado à administração da unidade e outro à internação dos pacientes, além de uma área externa com quadra de futebol e local reservado à visita comum. Os muros que cercam a instituição são altos, os portões são de ferro e todas as janelas são gradeadas.

O prédio reservado à internação é dividido em galerias, onde ficam localizadas as celas, chamadas de enfermarias, comportando, cada uma, 06 (seis) internos. Em cada cela, com grades de ferro e trancas, as camas são de alvenaria com um colchão e há um único banheiro, com área de banho e vaso sanitário sem portas. Não há chuveiro elétrico, nem sistema de descarga.

---

<sup>85</sup>SEAP. Unidades Hospitalares. Disponível em: <[http://www.visitanteseap.rj.gov.br/VisitanteSeap/saude na seap/unidadeshospitalares.html](http://www.visitanteseap.rj.gov.br/VisitanteSeap/saude%20na%20seap/unidadeshospitalares.html)>. Acesso em 03 set. 2016.

Observou-se a existência de celas de isolamento destinadas à contenção química e física dos pacientes como forma de sanção disciplinar, locais denominados pelos internados como “tranca”.

As condições de higiene das celas e da área externa eram precárias, e pôde-se observar a presença de muitos insetos, como baratas, assim como grande quantidade de sacolas de lixo não recolhidas no pátio. Um dos internados mencionou que, quando a quantidade de insetos é muita, a instituição providencia a dedetização.

As roupas de cama, uniformes, toalhas e artigos de higiene são fornecidas pela SEAP, e é autorizado que a família leve roupas e alimentos, além de jornais e revistas, aparelhos de som e televisão. Em algumas celas foram observados aparelhos de televisão e rádio.

As visitas comuns são permitidas às quintas-feiras e domingos e as visitas íntimas são proibidas por tratar-se de instalação hospitalar, conforme relatado em conversa informal pela diretora da instituição.

Foi permitido, além das celas, o acesso da pesquisadora à sala dos técnicos, à farmácia, ao consultório odontológico, à sala da equipe de segurança, à sala de terapia ocupacional, à sala de arte terapia e ao refeitório.

Foi relatado pelo farmacêutico a falta de medicamentos considerados essenciais no tratamento dos pacientes, o que, muitas vezes, acaba levando o internado a comportamentos e reações agressivas.

O banho de sol no pátio tem duração de 02 (duas) horas diárias e a sala de terapia ocupacional conta com uma mesa de sinuca, onde estavam, quando da visita, alguns dos pacientes. Na sala de arte terapia, onde são realizadas oficinas uma vez por semana, havia materiais de pintura, desenho e artesanato, com mesas e bancos, além de aparelho de televisão e Dvd, onde é permitido aos internados assistirem a filmes. A participação dos mesmos nas oficinas é feita por indicação da equipe técnica.

Atualmente não há atividade educacional na instituição, apenas a aplicação do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). O profissional de terapia ocupacional relatou que, há algum tempo atrás, havia uma ONG denominada “Brasil Alfabetizado” que promovia a alfabetização dos internados, importante mecanismo de assunção de autonomia e cidadania dos sujeitos.

Alguns grupos religiosos católicos, evangélicos e espíritas prestam assistência religiosa aos internados uma vez por semana, além de haver reunião com o grupo Alcoólicos Anônimos.

A estrutura funcional é dividida em três campos: segurança, administração e técnico. A segurança do estabelecimento e dos internados é realizada por 19 (dezenove) agentes penitenciários, enquanto o setor administrativo conta com 22 (vinte e dois) funcionários. A área técnica é composta por 68 (sessenta e oito) profissionais, dentre eles, 06 (seis) médicos psiquiatras, 06 (seis) enfermeiros, 37 (trinta e sete) técnicos de enfermagem, 03 (três) psicólogos, 02 (dois) dentistas, 03 (três) assistentes sociais, 01 (um) farmacêutico e 05 (cinco) terapeutas ocupacionais, totalizando 109 (cento e nove) funcionários. Não há atendimento de urgência/emergência na instituição, nem médicos de outras especialidades.

#### 4.1.2 Atores da pesquisa

Os atores da pesquisa foram os internados, sujeitos em cumprimento de medida de segurança, assim como os profissionais da área técnica e de segurança. A apresentação da pesquisadora aos sujeitos foi realizada, na primeira visita, pela diretora do estabelecimento, por intermédio do juiz fiscalizador e, na segunda visita, por uma terapeuta ocupacional e uma arte terapeuta.

Após a apresentação geral da instituição pela diretora, a pesquisadora pôde explicar as razões e os objetivos da pesquisa aos atores, tendo alguns demonstrado interesse sobre o assunto, relatando o cotidiano do manicômio e apresentando outras pessoas. Outros não se mostraram interessados e se negaram a participar da pesquisa. Sobretudo uma terapeuta ocupacional e uma arte terapeuta mostraram-se dispostas a fornecer informações e auxiliar na coleta de dados. Garantiu-se o anonimato dos entrevistados.

A opção em ouvir tanto os internados quanto os responsáveis pela internação se deu a fim de evitar a “hierarquia de credibilidade dos informantes da pesquisa qualitativa”. Assim ensina Mirian Goldenberg:

Em geral, são entrevistados aqueles que estão nos níveis superiores de uma organização, que parecem ‘saber mais’ sobre o problema estudado, do que aqueles que estão nos níveis inferiores. Uma das maneiras de evitar este *bias* é entrevistar todos os envolvidos, comparando as versões dos superiores com as dos subordinados, evitando, conscientemente, ficar a favor de um lado ou de outro.<sup>86</sup>

Deste modo, buscou-se dar voz e vez à fala também dos internados, muitas vezes silenciados em razão de seu sofrimento psíquico, a fim de visibilizar suas concepções e formas de vida. Neste sentido, Marcele de Freitas Emerim e Mériti de Souza destacam que:

O discurso oficial que anuncia e supostamente legitima o lugar atribuído ao louco infrator também destitui a sua condição de falar sobre sua experiência, sobre sua vida e seu sofrimento. A possibilidade de enunciação do testemunho proferido pelo denominado louco infrator, na medida em que a fala sobre sua experiência – com esse lugar e a partir desse lugar – encontra-se, geralmente, interditada e desqualificada.<sup>87</sup>

#### 4.1.3 Coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas com internados e profissionais da instituição da área técnica e de segurança, que aceitaram participar do estudo, além de observação participante e conversas informais, em que se buscou identificar a organização e o funcionamento da instituição através de três visitas realizadas no mês de setembro de 2016.

A primeira visita se deu no período da tarde, em um dia de visita, na presença do juiz fiscalizador, da diretora do manicômio e dos agentes penitenciários. Muitos internados se mostraram dispostos a conversar. Alguns já tinham recebido visitas e se encontravam nos corredores das celas e na sala de terapia ocupacional, conversando e jogando sinuca. Outros estavam com seus familiares no pátio, ainda recebendo visita. Um familiar se pôs a conversar com a pesquisadora, outro não quis.

---

<sup>86</sup> GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8 ed. Rio de Janeiro: Record, 2004, p. 47-48.

<sup>87</sup> EMERIM, Marcele de Freitas; SOUZA, Mériti de. O (im)possível e necessário testemunho do louco infrator. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 139-151, 2013.

A segunda visita se iniciou na parte da manhã, estendendo-se até o final da tarde. Neste dia a pesquisadora foi apresentada aos técnicos da instituição. Foi possível observar as reuniões entre os funcionários e participar de uma oficina de arte terapia na parte da tarde, onde alguns pacientes pintavam e desenhavam, outros faziam artesanato e os demais assistiam a um filme e comiam pipoca. Poucos conversavam entre si. A pesquisadora teve acesso ao refeitório, almoçando junto aos funcionários da equipe técnica, administrativa e de segurança.

Na terceira visita foi possível participar de um encontro com o tema: “Políticas de Desinstitucionalização no Sistema Prisional - algumas propostas do Município do Rio de Janeiro”, realizado no auditório do HCTP Henrique Roxo com a presença de pesquisadores e autoridades da área da saúde e do direito. A diretora da unidade não participou do evento.

Em cada entrevista, os informantes foram esclarecidos acerca do objetivo da pesquisa e convidados a participar. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Dois internados não tiveram a entrevista gravada, no segundo dia de visita, em razão de proibição da equipe de segurança e da diretora da instituição, tendo sido informado que a gravação só poderia ser feita na presença do juiz fiscalizador ou com autorização do secretário de administração penitenciária, não sendo suprida pela autorização judicial. Neste contexto, não foi possível também a gravação da conversa com a profissional de arte terapia, em razão da presença de internados quando da entrevista. As informações destes sujeitos foram devidamente registradas.

Os diálogos com os pacientes foram realizados no interior de suas celas, nos corredores e nas áreas comuns. Já as entrevistas com a equipe técnica foram feitas na “sala dos técnicos”, não sendo possível assegurar privacidade em algumas oportunidades. As conversas com o farmacêutico e com a dentista foram efetuadas, respectivamente, no setor de farmácia e no consultório odontológico. A entrevista com o agente penitenciário foi realizada na área externa da instituição.

Após o término das visitas, as entrevistas foram transcritas por meio de digitação, tendo sido identificados os internados através de números que indicam a ordem de realização das entrevistas. Os profissionais foram designados por meio das categorias profissionais a que pertencem.

Foram entrevistados 07 (sete) internados, de acordo com o roteiro do apêndice 1. Da equipe técnica foram entrevistados 01 (um) psicólogo, 01 (um) terapeuta ocupacional, 01 (um) arte terapeuta, 01 (um) técnico de enfermagem, 01 (um) dentista, 01 (um) farmacêutico e 01 (um) médico. O roteiro destas entrevistas encontra-se no apêndice 2. Entrevistou-se, ainda, 01 (um) inspetor penitenciário, conforme o roteiro do apêndice 3 e 01 (um) familiar.

#### 4.1.4 Análise dos dados

Encerrada a coleta dos dados, todo o material obtido foi reunido. Foram organizados documentos, anotações, entrevistas transcritas e descrições das observações, sistematizando as informações colhidas.

A análise do conteúdo se deu, sobretudo, através da obra “Manicômios, Prisões e Conventos” do autor Erving Goffman, que trata das instituições totais, bem como de falas apresentadas em palestras, reuniões e seminários sobre as medidas de segurança, como “A experiência italiana na extinção do manicômio judiciário”, “Internação compulsória: por quê, pra quê e pra quem?” e “Medida de segurança e direitos humanos: que(m) se assegura?”, eventos realizados no mês de novembro de 2016.

#### 4.1.5 Discussão dos resultados

O sociólogo e antropólogo social Erving Goffman desenvolveu a concepção de instituição total como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.<sup>88</sup> Neste sentido, o HCPT Henrique Roxo, onde, em setembro de 2016, viviam 112 pessoas em cumprimento de medida de segurança, por tempo indeterminado, sem acesso ao mundo exterior e com suas rotinas estabelecidas pela equipe dirigente, caracteriza-se como instituição total.

O manicômio judiciário como instituição total constitui-se de maneira diversa para os internados, os profissionais de saúde e os agentes penitenciários. Nas falas dos entrevistados da equipe técnica observou-se que, para alguns, o manicômio possui importância social na custódia

---

<sup>88</sup> GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961, p. 11.



e tratamento dos internados, sobretudo em razão do paradigma da periculosidade. Para outros, é uma instituição que não deveria mais existir, principalmente diante dos preceitos da reforma psiquiátrica, priorizando as práticas assistenciais extramuros.

Uma instituição que já deveria ter sido, né, abolida da nossa sociedade, né? A gente tem que pensar no paciente que comete um delito, um paciente judiciário, como é um paciente que em algum momento teve uma crise, ou alguma situação que foi desassistido pela rede de saúde mental ou não teve acesso a essa rede, cometeu um delito. Então isso tem que ter um viés mais clínico do que punitivo. É claro que ele tem que responder por isso de alguma forma, porque o meu trabalho, a gente tenta trabalhar na direção de responsabilização do sujeito frente ao seu ato e eu acredito nisso. Mas, assim, uma instituição que já é medievalesca, já deveria ter sido abolida da nossa sociedade. Acho que a gente tem que caminhar de uma outra forma. (Psicólogo)

Tem muitos que eu penso que não deveriam estar aqui, mas atualmente também mudou muito a clientela porque com esse negócio da desinstitucionalização, muitos saíram, foram pra residências terapêuticas, e os que estão atualmente estão mais ou menos... o perfil é de ficar aqui mesmo, né? Se bem que nós temos casos e casos, né? Muito difícil você... tem os idosos, tem os, assim, muito doentes mesmo, crônicos, cronificados, né? Tem uns que a gente até sabe que não vão sair desse quadro, mas eles também não são perigosos, mas aí vão pra perícia e a perícia acha que eles são muito “doidinhos”. Aí não dá... entendeu? (Terapeuta Ocupacional)

Bom, pra mim agora tá sendo normal, né. Como eu vim de um hospital psiquiátrico, psiquiatria comum, eu cheguei aqui e achei muita diferença né, porque aqui a gente trabalha com periculosidade, né, e lá não tinha essa coisa, né. Mas... normal, não tem muita diferença não. (Técnico de Enfermagem)

Pra ver se consegue, alguns que estão, assim, em mais condições, colocar eles novamente na rua e ter condições de viver lá, né, sem causar algum dano a alguém. Agora tem alguns aqui que não dá pra sair, né, não tem como. Não sei se você sabe de um caso aí que não tem jeito. Alguns realmente não dá pra sair daqui. Mas o tratamento aqui é muito bom. Tem a interação com os outros, tem a saída, tem os trabalhos que são realizados pela psicóloga, pela TO<sup>89</sup>, tem teatro, muito bom. (Dentista)

É um hospital bom né, porque aqui a psiquiatria é um negócio legal. Assim, tá faltando meios agora né, tá horrível, esse momento agora tá muito ruim. (...) A doença psiquiátrica, e você tem exemplos da psiquiatria aqui que você não tem em lugar nenhum. Aqui você tem o doente psiquiátrico que matou, que estuprou, que roubou. A doença no final... como é que a doença... o pior da psiquiatria que você tem, a coisa mais difícil tá aqui. (Farmacêutico)

Tem as finalidades dele né, que é tratar os pacientes que estão cumprindo medida de tratamento, que é o paciente que comete um delito e na época ele estava apresentando algum transtorno, interferindo na capacidade de entendimento e senso crítico dele. Então tem essa função, mas por outro lado ela limita muito a nossa atuação porque na época ele não estava bem, mas ele pode estar bem logo depois, mas ele é obrigado a cumprir aquele tempo que o juiz determinou. Então, às vezes, ele tá bem, tá ótimo aqui, mas tem que ficar aquele tempo. (Médico Psiquiatra)

---

<sup>89</sup> Terapeuta Ocupacional

A fala do psicólogo revela uma abordagem psicossocial, considerando a passagem do sujeito ao ato infracional em razão de falha nos serviços de saúde mental e assistenciais. Por esta razão, acredita que a melhor orientação é trabalhar a vulnerabilidade destes sujeitos em uma perspectiva clínica, e não da punição do direito penal. Ressalta também a importância do resgate da responsabilização do internado pelo seu ato, como forma de recuperar sua autonomia e cidadania.

Sobre o tema da responsabilização do sujeito em sofrimento psíquico em conflito com a lei, muito se discutiu no Seminário “Medida de segurança e direitos humanos: que(m) se assegura?”, realizado no mês de novembro de 2016, mas não chegou-se a um consenso sobre como seria essa assunção de responsabilidade, se dentro ou fora do âmbito penal. Indagou-se também de que maneira a responsabilidade pode ser terapêutica, indicando a abolição do instituto da inimputabilidade.

Martinho Braga Batista e Silva esclarece que, no movimento de reforma psiquiátrica e de desinstitucionalização

(...) o próprio usuário da assistência psiquiátrica pública aparece nos discursos em torno da noção de responsabilidade, sendo que suas possibilidades e limites em responder enquanto agente dos próprios atos, afetos e pensamentos são objeto de debate. Há um apelo no sentido de torná-los sujeitos da sua existência.<sup>90</sup>

O trecho da entrevista do profissional da terapia ocupacional chama a atenção para a importância e a validade dado pelo entrevistado ao manicômio judiciário, quando em relação a determinados sujeitos, não em razão de sua periculosidade, mas sim de sua cronicidade. Manuel Desviat considera os cronicados como sujeitos “homogeneizados por longos anos de manicômio, com suas estereotípias e seu aspecto de deserdados sociais”.<sup>91</sup>

O autor observa que os diferentes movimentos de reforma psiquiátrica tentaram abandonar esses sujeitos nos manicômios, alegando que não havia serviços substitutivos que pudessem lhes prestar assistência. Neste sentido, interessante destacar a seguinte passagem:

---

<sup>90</sup> SILVA, Martinho Braga Batista e. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(1):127-150, 2005.

<sup>91</sup> DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 89.

Não se podia retirar os doentes mentais dos manicômios sem haver meios adequados na comunidade, sem existirem serviços alternativos; nem tampouco se podia deixá-los nessas instituições. Isso não era possível por simples questão de humanidade, de dívida histórica para com o resultado de um passado malfadado da psiquiatria; não era possível porque a sobrevivência do manicômio distorce qualquer organização de ser serviços alternativos. Ele se mantém como um saco sem fundo, uma tentação permanente diante do incômodo ou da impotência técnica; uma lixeira para aquilo que ninguém quer, um recurso fácil na contratransferência das equipes profissionais ou na ignorância ou oportunismo.<sup>92</sup>

Manuel Desviat conclui sobre o assunto que “fornecer respostas adequadas para as diferentes formas de cronicidade é uma pré-condição do atendimento psiquiátrico público”.<sup>93</sup>

O dentista revela em seu discurso a ideia do duplo segregação/proteção, uma vez que, ao mesmo tempo que defende a segregação do sujeito do convívio em comunidade, o faz com a convicção de que a custódia no manicômio judiciário traz benefícios à sua saúde, além de proteger a sociedade, acreditando na função de reinserção social. Tal concepção não leva em conta, por outro lado, a vulnerabilidade do sujeito decorrente de seu isolamento na instituição.

A fala do farmacêutico, enfatizando o HCTP como lugar social da loucura, revela a lógica manicomial “(...) que se funda na noção de que a experiência psíquica diversa é sinônimo de erro”<sup>94</sup> e, para tanto, precisa ser tratada, curada, noção esta combatida pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira que, em sentido oposto, procura “(...) abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo”<sup>95</sup>.

Outra noção suscitada nas falas como legitimação da instituição hospitalocêntrica é a periculosidade, sob a suposta proteção da sociedade contra o sujeito perigoso. Neste ponto é necessário destacar as falas específicas dos profissionais sobre tal conceito:

É uma coisa tão difícil, porque tem pacientes que saem daqui, você, poxa, você jura assim que eles não vão (cometer crimes), que eles tão bem né, aí tão cometendo e tão aqui de volta. Quando é só roubo, falando assim que é menos ruim né, mas nós já tivemos pacientes aqui que demos alta, o paciente ficou bem, passou um período, conheceu uma pessoa... tava aqui porque tinha matado uma pessoa mas aí saiu, matou... uma coisa de família assim, ele saiu, foi viver com uma pessoa e acabou matando essa pessoa e voltou pra cá... foi muito... Eles voltam, geralmente eles voltam

<sup>92</sup> DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 91.

<sup>93</sup> Ibid.

<sup>94</sup> TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonism and subjectivity: collective construction in the field of mental health. **Ciê. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001, p. 79.

<sup>95</sup> \_\_\_\_\_, p. 96.

quando é furto, drogas, geralmente eles vão e voltam, mas quando é caso assim a gente fica meio arrasadinho. É uma minoria (que volta a praticar crimes considerados graves), não é uma regra não. (Terapeuta Ocupacional)

É o sistema que tem... eu não acho tanto assim. A coisa de perigo é por causa da parte do delito que eles cometeram né, acho que é isso. É isso aí, principalmente dentro de um hospital. Porque às vezes o paciente comete um delito devido o surto que ele tem na hora. Às vezes é até uma falta de medicação, uma falta de assistência lá fora. Tem paciente que é desinternado vai e volta porque não tem uma assistência da família, eles saem inseridos ao CAPS, alguns vão... conseguem se manter lá fora, outros não, outros vêm, tem o retorno. (Técnico de Enfermagem)

É um conceito, né. É bem complicado. Tem aqueles casos assim que você vê que realmente a pessoa não vai... tipo o que tá aqui, nem sei porque ele tá aqui, o que matou treze crianças, esse com certeza só quando ele morrer, né? Mas a questão é essa: você afirmar que cessou a periculosidade. Se bem que isso não é papel nosso, isso é do perito. A equipe diz se ele tá bem, se não tá bem, se tá em condições de ser desinternado ou não, mas quem cessa a periculosidade é o perito. E, como eu tô te dizendo, ninguém é adivinho, ninguém tem bola de cristal, então muitas vezes, ele sai e comete de novo o delito. Mas também não tem porque deixar ele aqui quando termina a medida de tratamento. Mas é um pouco complicado. (Médico Psiquiatra)

É um conceito já, né, arcaico. A gente não deveria mais trabalhar com esse conceito. Aqui a gente tenta, dentro do possível, calcar a questão da vulnerabilidade, ou seja, um sujeito, um psicótico, sem um tratamento, sem acesso a um tratamento, aos remédios, a uma assistência de uma equipe de saúde mental, eles ficam muito mais vulneráveis a cometer um ato delituoso ou um ato extremo por conta dessa desassistência. Então, assim, a gente aposta e acredita que o modelo e a direção do trabalho têm que ser do sujeito lá fora, porque aqui não é o local pra que ele possa, entre aspas, se curar. (Psicóloga)

É possível perceber que a maioria dos profissionais compreendem a periculosidade de maneira negativa, enfatizando a impossibilidade de sua verificação, mas, ao mesmo tempo, presumem a condição de perigosidade de determinados sujeitos e, temendo a prática de novos crimes, defendem

(...) táticas fundamentais como a internação, justificada pela crise e pela periculosidade do indivíduo em relação a si e aos outros, como o ato terapêutico que busca a cura, como sua objetivação na forma do corpo doente. Formas que precisam ser desmontadas.<sup>96</sup>

Por outro lado, é sabido que o exercício da cidadania dos sujeitos em sofrimento mental depende da vontade daqueles que vão verificar sua periculosidade. Importante aqui destacar as falas de alguns entrevistados que descreveram a atuação dos peritos psiquiatras.

Infelizmente todo nosso trabalho que a gente faz aqui fica nas mãos dos peritos lá do Heitor Carrilho, que são profissionais, os psiquiatras que lá atuam, eles têm uma visão muito calcada ainda no positivismo, numa visão assim arcaica em relação ao que a

<sup>96</sup> TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonism and subjectivity: collective construction in the field of mental health. **Ciê.n. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001, p. 80.

gente vivencia não só aqui no Brasil, em termos de assistência em saúde mental, mas como uma orientação também da Organização Mundial da Saúde, que pessoas com grave transtorno psiquiátrico devem ser cuidadas na sua comunidade, no seu território, e não mais em instituições totais. Infelizmente eles ainda calcam a avaliação e o trabalho deles nesse conceito da periculosidade que se aderiu muito bem ao campo jurídico, porque o louco infrator fica sendo, pelo imaginário, algo de uma conotação muito negativa e muito ruim no imaginário da sociedade. (Psicóloga)

A perícia funciona lá no Hospital Heitor Carrilho, ainda. Eles têm assim um núcleo de perícia. Agora, de vez em quando, vêm fazer perícia aqui. Mas, por exemplo, ontem tava marcada uma perícia aqui prum paciente, aí a gente chegou, avisou ao paciente que vinha o perito, o paciente fica todo... toda aquela ansiedade esperando, mudou a roupinha, ficou todo limpinho. Aí recebemos um aviso que a perita não viria ontem, só vai vim [*sic*] quinta-feira. Aí nós chamamos o paciente, tava todo arrumadinho esperando a perícia, conversamos com ele, falamos. Então, sabe, essas coisas acontecem. Outra coisa também absurda que acontece aqui: quando o paciente vai fazer a perícia, o carro do SOE ele não pega o paciente, vai lá, faz a perícia e volta pra cá. Ele pega o paciente aqui, ou os pacientes né, quantos forem, leva pra Bangu, fica lá em Bangu, por exemplo, se a perícia é sexta o paciente só volta pra cá na segunda ou terça. Fica lá em Bangu esperando ou então faz a perícia e em vez de trazerem de volta eles levam pra lá, pra Bangu. E eles (os pacientes) reclamam muito disso porque chega lá eles não têm colchão, travesseiro, não tem cobertor, não tem nada, eles dormem na pedra, entendeu, eles reclamam muito disso. (Terapeuta Ocupacional)

Para alguns profissionais da equipe de saúde, a atuação dos peritos obstaculiza, muitas vezes, uma avaliação positiva dos internados, em razão de práticas e concepções que vão de encontro ao que preconiza a Lei da Reforma Psiquiátrica. Além do mais, os peritos não acompanham a rotina e o tratamento destes sujeitos.

Os internados interpretam o manicômio judiciário ora como uma instituição prisional, destacando as contradições entre um hospital e uma prisão, ora como local necessário para o seu tratamento, reconhecendo como benéfica a internação e as terapêuticas compulsórias, conforme se verifica nos relatos a seguir transcritos:

Se eu falar que aqui é um lugar ruim, é ruim porque eu tô preso, mas perto da prisão isso aqui é uma maravilha. Tem uma comarca pra cada um, colchãozinho novinho pra cada um, quando tá com muita barata tem dedetização, é tipo uma creche da cadeia, perto da cadeia isso daqui é uma creche, não tem pancadaria, ninguém espanca ninguém. Lógico, se o cara abusar demais tem que tomar um tapinha, não dói, né? É uma cadeia, tem DESIPE, tem cadeado, tem tranca, eu não posso sair. É uma cadeia. Mas é uma cadeia, perto da cadeia comum, é um mamoeiro. (Internado 1)

Eu tô aqui porque eu tô pagando pelos preço né, que eu errei lá fora como você pode errar, né? (...) Aqui é bom que tem cigarro, tem fumo, mas lá fora tem muita droga, nós não sabe [*sic*] se vai tá vivo ou se vai tá morto, eu não sei, só deus sabe. (Internado 4)

Eu tô cumprindo uma pena, eu tô cumprindo uma pena, entendeu? Uma pena em tratamento, né? O juiz converteu em tratamento essa pena. (Internado 2)

Cada uma das falas acima revela uma concepção diversa de manicômio judiciário. O internado 1 é enfático ao considerar a instituição como cadeia, enumerando algumas características próprias do sistema prisional presentes no HCTP. Por outro lado, entende que ostenta melhores condições que a “cadeia comum”, considerando o manicômio como uma “creche da cadeia”. Tal percepção demonstra uma tática de adaptação do entrevistado à lógica asilar, conforme esclarece Goffman:

Alguns doentes de classe baixa dos hospitais para doentes mentais, que viveram sempre em orfanatos, reformatórios e cadeias, tendem a ver o hospital apenas como outra instituição total na qual podem aplicar as técnicas de adaptação aprendidas e aperfeiçoadas em instituições semelhantes.<sup>97</sup>

O internado 2 assume as consequências de seu ato infracional, acreditando que está cumprindo uma pena por aquilo que praticou. O sujeito enxerga a internação compulsória como cura de sua dependência química, em razão do impedimento de acesso às drogas ilícitas.

Da mesma forma, o internado 3 reconhece que a instituição é destinada ao cumprimento de pena, reclamando sua responsabilidade pelo ato praticado. Contudo, acredita tratar-se de uma “pena em tratamento”, revelando a dualidade inerente ao instituto da medida de segurança e ao manicômio judiciário: punição ou tratamento?

Para a equipe técnica, fica explícita, de forma quase unânime, que o manicômio judiciário é sim um hospital, mas com muitos aspectos de prisão.

Então, se tornou aqui mais uma cadeia do que um hospital, penso que um hospital a gente pegou, eu peguei ainda aqui como hospital, mas atualmente tá bem mais cadeia do que hospital. É mais prisional, porque nós estamos até sem remédio, tá difícil. Até remédio não existe. (Terapeuta Ocupacional)

Eu acho, como nós somos da equipe, eu acho como instituição hospitalar né, mas atualmente, agora, tá mais prisional. Os pacientes daqui tão internados porque cometeram delitos, né? E os pacientes comuns, da psiquiatria comum, são pacientes psiquiátricos, pacientes com surto, mas que não cometeram delito nenhum. E aqui alguns no surto né, no surto, tem paciente que é usuário de drogas né... tem tudo, tem paciente bipolar, são pacientes que cometeram um delito. (Técnica de Enfermagem)

Eu acho que é mais saúde. Eu não vejo eles nem como presos, né, porque pra mim é saúde, atendimento dentário né, ao meu entender. Mas é complicado não ser assim né, (quanto à estrutura física), tudo são “psiquiatras” né, às vezes eles agridem um ao outro, eu mesma já sofri ameaça aqui dentro de paciente, de eu ter que chamar agente e tudo. Isso aí é uma coisa assim que eu acho que não tem muito controle, pra ser de outra forma não dá. (Dentista)

---

<sup>97</sup> GOFFMAN, Erving. Op. Cit. p. 63.

É difícil, depende muito de como você olha. Eu olho como hospital. Se você falar de estrutura você vai sempre achar que tem que melhorar né, mas assim, não tem que ver o que já foi, o que é, é o momento né. (Farmacêutico)

Isso aqui atualmente... esse hospital tá passando por uma crise... já foi muito mais hospital. Não vou dizer pra você que é presídio, porque presídio é bastante diferente da rotina, dos funcionários, da interação dos próprios guardas com eles, então é bem diferente. Mas já foi muito mais hospital. Hoje falta médico, não tem mais atividades assim... não tem mais centro de estudos, quer dizer, até tem mas não mais como antigamente, na discussão de casos clínicos, não tem clínico, tá faltando remédio. Então é um hospital sim, mas com muitas carências de uns tempos pra cá. Tem cinco médicos, todos psiquiatras, não tem outras especialidades. Era pra ter. Já chegou a ter três clínicos aqui, hoje não tem nenhum. E já teve muito mais psiquiatras, mas o pessoal foi se aposentando né e não entrou ninguém. (Médico Psiquiatra)

O agente penitenciário assimila o HCTP como uma instituição mista: uma parte dedicada à saúde, o que caracteriza sua natureza hospitalar, e outra destinada à contenção e segregação dos sujeitos, sua face prisional.

Mista. Ele está em tratamento, porém está preso, tá privado da liberdade dele, do direito de ir e vir. (Agente Penitenciário)

O que se percebe a partir da exposição dos profissionais é que o manicômio judiciário pretende, em relação aos seus internados, é privar-lhes a liberdade, uma vez que, conforme aduziu o técnico de enfermagem, não se tratam de “pacientes comuns”, mas de “pacientes que cometeram um delito”, o que justifica sua reclusão.

Contudo, se o objetivo oficial da instituição é a suposta “recuperação” do sujeito em sofrimento psíquico para o seu posterior retorno à sociedade, é perceptível pelos próprios relatos dos funcionários que o local não ostenta condições mínimas para prestação de assistência a estas pessoas, seja em razão da falta de profissionais de saúde, seja pelas condições físicas e de higiene, ou porque a própria internação exclui as possibilidades de vida.

Acerca da insuficiência das instalações para atendimento, é interessante destacar o seguinte trecho da fala do dentista:

Mas aqui, você vê, é tudo direitinho, a gente agora tá com problema na autoclave, tá com atendimento suspenso, atender sem esterilização não dá, mas funciona direitinho. Só estamos agora com problema de limpeza né, que quem faz a limpeza aqui somos nós, dentistas. Não tem funcionário de limpeza. (Dentista)

Nota-se que, apesar de admitir inúmeras dificuldades, ainda assim o entrevistado defende a existência da instituição, desprezando a necessidade de existência de condições dignas de atendimento aos internados.

E, de acordo com o terapeuta ocupacional, com a falta de empresa de limpeza, são os próprios internados que promovem a faxina de suas celas e das áreas comuns do manicômio, recebendo, para tanto, valores que variam de 10 a 15 reais por semana, além do trabalho na cantina e na lavanderia, sob o pretexto de estarem praticando atividades terapêuticas.

Com o dinheiro que recebem, os internados podem comprar cigarros, doces, refrigerantes na cantina, fazendo com o que o dinheiro circule dentro da própria instituição, projeto intitulado “geração de renda”.

Eles compram as coisas nas cantinas, mas os pacientes aqui trabalham. Trabalham como uma terapia, mas eles fazem faxina, tem uns que trabalham na barbearia, tem uns que trabalham na cantina mesmo e tem na lavanderia. Então esses pacientes recebem pelo trabalho deles. É uma quantia assim... é tipo 10, 15 reais. Os que trabalham na cantina recebem mais um pouco, os da lavanderia também porque eles trabalham em horário direto, de domingo a domingo. Eles abrem os períodos né, não ficam o dia inteiro trabalhando, mas tem que funcionar, tanto a lavanderia e a cantina também. E esse dinheiro roda aqui dentro. Aí quando acontece de fazer, assim, desinfetante pra limpeza do hospital, a cantina compra. Porque é o projeto que a gente tem que quando vai fazer compra a gente dá preferência pra comprar o desinfetante daqui, da oficina, pra fazer a limpeza. Só que atualmente também tá tudo muito difícil porque nós não estamos mais com empresa de limpeza, então nós mesmos que estamos fazendo a limpeza. Tem um paciente que até faz (...). Quando se fazia na oficina, que não se faz no momento, tá até pra voltar, material de limpeza, desinfetante, essas coisas, aí isso vendia pro hospital, pra própria cantina, porque nós temos aqui uma geração de renda, um projeto de geração de renda que é a cantina. A cantina aqui não tem lucro, o lucro roda aqui dentro. (Terapeuta Ocupacional)

O internado 6, que não teve sua entrevista gravada por impedimento da equipe de segurança, assim como o internado 7, relatou que trabalha na cantina do HCTP e entrega o dinheiro que recebe para sua irmã guardar. O internado 7 alegou fazer faxina na instituição, além de limpar sua própria cela, usando a quantia que lhe é dada para comprar cigarros e refrigerantes na cantina.

Essa situação é trabalhada em Goffman como um traço das instituições totais. Esclarece o autor que:

(...) qualquer que seja o incentivo dado ao trabalho, esse incentivo não terá a significação estrutural que tem no mundo externo. Haverá diferentes motivos para o trabalho e diferentes atitudes com relação a ele. Este é um ajustamento básico exigido



dos internados e dos que precisam levá-los a trabalhar. (...) O trabalho exigido pode ser realizado em ritmo muito lento e pode estar ligado a um sistema de pagamentos secundários, frequentemente cerimoniais - por exemplo, a ração semanal de tabaco ou os presentes de Natal -, e que levam alguns doentes mentais a continuar em seu trabalho.

Para caracterizar uma instituição total, Goffman destaca que:

Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e abrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, a seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição.<sup>98</sup>

No HCTP Henrique Roxo, com uma rotina estipulada hierarquicamente pela “equipe dirigente”, os internados devem cumprir as atividades propostas, conforme revelam as falas dos sujeitos nas entrevistas:

A rotina aqui é tranquila. Tem horário pra acordar, tem hora pra tomar remédio. O mais importante é o remédio, de manhã, de tarde e de noite, o meu. Tem gente que toma de manhã e à noite, tem outros que é só à noite. E tem o horário do almoço, tem o banho de sol, tem o horário do lanche, tem a janta e o café. (Internado 1)

Eu acordo seis horas, tomo remédio, sete horas tomo café, aí almoço onze horas, cinco horas eu tomo remédio de novo, aí janto. Terça tenho terapia, quarta eu tenho terapia, tem o atendimento lá embaixo com a psicóloga, com o psiquiatra (...). Tem o horário de comer, tem que cumprir esse horário. (Internado 2)

Tem (horário para as atividades). Tem horário do remédio, tem que seguir o horário do remédio. (Café da manhã) também tem horário certinho. (Internado 3)

Minha vida aqui... eu vivo lá embaixo. Horário aqui é... sete horas nós levanta, toma café, e tem banho de sol nove horas, vai até às dez e meia. Na obrigação é todo mundo, mas não vai todo mundo (para as atividades). (Internado 4)

É ruim, é ruim. Tem horário do confere, horário do café. A comida é ruim. (Internado 5).

Interessante destacar que o internado 5 se refere ao procedimento do “confere” como prática diária no manicômio. Aqui se tem um ponto de ligação com o sistema prisional, uma vez que se trata de procedimento rotineiro de averiguação específica das cadeias, no intuito de verificar alguma baixa.

---

<sup>98</sup> GOFFMAN, Erving. Op. Cit. p. 17-18.

Todas as atividades desenvolvidas pelos internados são acompanhadas pelos inspetores penitenciários, objetivando a vigilância destes sujeitos. A fala de um agente torna evidente sua função na instituição:

Aqui nós fazemos um trabalho junto aos pacientes, pagamos as refeições, acompanhamos as refeições, medicação, a refeição é feita no refeitório. Sete horas da manhã tem o café, onze horas da manhã tem o almoço, uma hora da tarde tem o lanche, cinco horas tem a janta e logo após tem um novo lanche. (Agente Penitenciário)

O papel de inspeção desempenhado pelo agente penitenciário aponta mais uma característica de uma instituição total: “fazer com que todos façam o que foi claramente indicado como exigido, sob condições em que a infração de uma pessoa tende a salientar-se diante da obediência visível e constantemente examinada dos outros”.<sup>99</sup>

Neste sentido, verificou-se que o descumprimento dos afazeres por parte dos internados e o mau relacionamento com os funcionários são fatores que podem levá-los ao castigo, podendo ficar isolados em celas individuais, por eles denominadas “tranca”:

Mas o tratamento aqui é um tratamento legal, se a pessoa se comportar bem ela vai ter o tratamento adequado. Se se comportar mal tem contenção, tem injeção, tem todos os mecanismos pra você ficar melhor. É que tem gente que precisa do mecanismo, da medicação pra ficar melhor. Eu já precisei de tomar certo tipo de medicação pra mim melhorar. Hoje em dia eu já tô já num estágio que eu já tô com a cabeça melhor, tô mais velho, então pra mim é mais fácil aceitar (...). Eu tô pra ganhar meu VPL não ganhei até hoje, mas tô aguardando, me mantendo fora da tranca, que é o castigo, fazendo o máximo pra eu não ir pro castigo. Indisciplina, qualquer tipo de indisciplina te leva ao castigo. Agora, se você, mesmo dentro do castigo, ficar quieto, vamos dizer, foi pro castigo fica na tua, sai mais rápido. Se você for pro castigo e tacar fogo no colchão, ou xingar o funcionário, ou falar que não vai beber o remédio, vai piorando. Tudo isso aconteceu comigo. Então, posso falar. (Internado 1)

(...) quem erra tem preferência de ir pra cela, ficar sozinho, relaxar. (Internado 4)

O internado 6 narrou que já ficou na “tranca” por um dia, com uma corda amarrada no braço e na perna e tomou injeção. O internado 7 mencionou que tem a famosa “tranca” e que ninguém gosta, referindo que quem briga com funcionário fica trinta dias sozinho.

Indagada, a diretora da instituição alegou, em conversa informal, que não há punição para indisciplina, apesar das declarações dos internados em sentido contrário.

---

<sup>99</sup> GOFFMAN, Erving. Op. Cit. p. 18.

No seminário “Medida de segurança e direitos humanos: que(m) se assegura?”, uma fala da assistente social Tânia Dahmer, servidora da SEAP, revelou que no HCTP Henrique Roxo há as enfermarias de surto e os locais de castigo. As enfermarias de surto ficam localizadas próximas ao setor de enfermagem e são reservadas aos internados que estão em estado grave, onde geralmente ficam nus, em nome de sua própria segurança. Já as celas de castigo destinam-se aos sujeitos considerados indisciplinados.

No entanto, em um ambiente declarado hospitalar, que tem por suposta finalidade o tratamento dos pacientes, não se pode admitir a existência de um local designado à aplicação de castigos, o que converge com as práticas prisionais e caracteriza uma das situações mortificantes das instituições totais intitulada por Goffman como “exposição contaminadora”.

O agente penitenciário entrevistado, quando questionado se havia punição nas hipóteses de insubordinação, refutou a existência das “trancas”, reconhecendo apenas as enfermarias de surto:

Indisciplina nós chamamos o médico pra avaliar, o médico vai avaliar, vai ver se é falta de medicação; se for, ele vai medicar, e vai nos autorizar a recolher o indivíduo para uma enfermaria onde ele vai ficar sozinho até ele melhorar. Uma enfermaria individual. O prazo quem estipula é o médico. De acordo com a avaliação dele, ele é quem vai estipular. (Agente Penitenciário)

Sobre a relação entre os internados e a chamada “equipe dirigente”, Goffman defende haver um distanciamento entre estes dois grupos, o que acaba por criar estereótipos conflitantes, levando-os a agir, muitas vezes, de maneira hostil:

(...) a equipe dirigente muitas vezes vê os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança; os internados muitas vezes veem os dirigentes como condescendentes, arbitrários e mesquinhos. Os participantes da equipe dirigente tendem a sentir-se superiores e corretos; os internados tendem, pelo menos sob alguns aspectos, a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados.<sup>100</sup>

Os internados, de modo geral, declararam manter uma boa relação com a equipe de saúde. Contudo, alguns relataram que o trato com os agentes penitenciários não era dos melhores, conforme as falas a seguir transcritas:

---

<sup>100</sup> GOFFMAN, Erving. Op. Cit. p. 19.

O meu relacionamento é o melhor possível porque eu já sou antigo aqui e eu respeito os funcionários, tanto da enfermagem quanto os funcionários do... sei lá, do DESIPE, tanto o enfermeiro quanto o cozinheiro... eu trato todo mundo pra me tratarem bem também. (Internado 1)

Atualmente eu me dou bem com todo mundo, com os funcionários, com os psicólogos, entendeu? Com a direção. (Internado 2)

Normal, normal, remédio, trata bem, não bate na gente. (Internado 4)

Mais ou menos, eu não me dou bem não. (Internado 5)

O internado 6 informou que se dava bem com os funcionários e que nunca foi agredido. Relatou que, quando estava mais “surtado”, se estressou com alguns profissionais. Já o internado 7 mencionou que se relacionava de maneira razoável com a maior parte dos funcionários, menos com os inspetores, alegando que os mesmos “não falam direito, falam chato, com voz grossa”.

A equipe de saúde argumentou dispensar bom tratamento aos internados, considerando-os na condição de pacientes, e não de presos, mas denunciaram que a relação entre os agentes penitenciários e os internados não é pacífica, ressaltando a fragilidade da preparação destes profissionais para atuarem junto aos internados.

São sujeitos com grave sofrimento psíquico e que a Lei 10.216/03 contempla e reordena o atendimento a essas pessoas de uma outra forma. Um atendimento nos dispositivos substitutivos que são os CAPS, que seria a unidade de saúde responsável pelo seu tratamento e seu acompanhamento. E são sujeitos que no momento que tiveram um surto, uma situação de uma alteração extrema, acabam cometendo um delito. A minha relação é tranquila. Com agentes é uma coisa mais comum, até porque eles não têm uma formação adequada pra lidar. Eles vêm muito mais por um viés, nem todos, mas alguns, um viés mais da disciplina, da segurança porque né, que numa instituição como essa é necessário. (Psicólogo)

É legal, com a gente é muito legal. Com a gente eles têm um respeito, um carinho por nós, entendeu? Porque aqui também tem uma divisão. Somos nós, os técnicos de saúde, né, e os agentes penitenciários que trabalham. Tem uns que são uns doces, realmente a gente não pode falar, são ótimos, mas tem uns que são meio viradinhos, então é complicado. Mas são viradinhos porque são viradinhos mesmo, na vida, não tem nada assim... e os pacientes, eles gostam muito da gente, sabe, eles têm o maior carinho com a gente e a gente com eles, porque, pra nós, eles são pacientes né, eles são doentes mesmo. (Terapeuta Ocupacional)

Não tem muita... eles respeitam muito a gente, não tem muita diferença assim, entendeu, a gente não tem medo dessa coisa de ser agredido, não tem esse temor não. (Técnico de Enfermagem)

A maioria é doente sim. Tem aqueles que entram não sei como, o perito diz que tem problema e a gente vê que não tem e muito dependente químico ou se fazendo de dependente químico, ainda vem pra cá e causam certo transtorno, porque são muito inteiros, muito preservados e acabam aí usando os doentes, os doentes de fato. Isso é uma coisa também um pouco recente porque teve uma juíza que fez uma limpa aqui, mas eles (dependentes químicos) ainda continuam vindo mesmo não tendo sentença,

eles ainda passam um tempo aqui. E tem uns aí que continuaram né. Eles ficam assim mais comportados né, ainda tem sim. Mas os mais problemáticos de fato saíram daqui. (Médico Psiquiatra)

Indagado, o único agente penitenciário que se dispôs a falar relatou o seguinte:

Eu não posso resumir num só pensamento porque cada um tem um tipo de comportamento, pede um tipo diferenciado de tratamento, né? Alguns são menos agressivos, outros são mais agressivos, então a gente precisa diferenciar. Você dá o tratamento de acordo com o indivíduo (...). Geralmente é uma relação boa, uma relação que você não tem nada contra eles e eles, os que tão mais conscientes, sabe que também não tem nada contra você. Você não foi prendê-los, entendeu, você não julgou. (Agente Penitenciário)

Vale destacar que o agente penitenciário entrevistado informou que não lhe foi oferecido nenhum curso de capacitação para atuação específica no manicômio judiciário, tendo por conta própria alterado a maneira de tratar os internados, mas, contudo, referia-se a eles, a todo momento, como “presos”.

Eu precisei me adaptar porque eu vim dos presídios com outra visão, né, e cheguei aqui e encontrei um outro tipo de cliente, né. O preso daqui ele tem um comportamento totalmente diferente, por ser, na sua maioria, portador de problemas psiquiátricos. No presídio, a gente sabe que tudo aquilo, toda atitude dos presos são conscientes, voluntárias. E aqui não, aqui, muitas vezes, o indivíduo tá sob efeito de medicação, o tratamento é diferenciado. (Agente Penitenciário)

Goffman ensina ainda que “as instituições totais são também incompatíveis com outro elemento decisivo de nossa sociedade - a família”.<sup>101</sup> Sabe-se que é prática comum o abandono e a rejeição familiar do internado pela sua família após a passagem ao ato infracional, sobretudo diante de infrações praticadas contra membros da estrutura familiar, o que dificulta a reinserção do sujeito em seu meio. Um agente penitenciário relatou que muitos familiares não querem acolher os internados porque “dão trabalho”.

O primeiro dia de pesquisa de campo foi realizado em dia de visita e, no pátio da instituição, havia a presença de alguns familiares na companhia dos internados. Alguns relatos mostram a presença constante de parentes e amigos nos dias de visita, outros têm rompidos os laços sociais, “perdas (que) são irrecuperáveis e podem ser dolorosamente sentidas como tais”<sup>102</sup>:

---

<sup>101</sup> GOFFMAN, Erving. Op. Cit. p. 22.

<sup>102</sup> GOFFMAN, Erving. Op. Cit. p. 25.

Recebo, vim da visita agora. Recebo com frequência, vem minha mãe. Minha mãe tá vindo quinta e domingo, quinta e domingo, que são os dias de visita, tá vindo certinho. Esse domingo agora que vem ela não vai vim porque é aniversário do meu irmão, mas ela vem sempre me ver. (Internado 1)

Recebo. Familiar. De 15 em 15 dias. Tenho casa, tenho familiar. (Internado 2)

Não, ela (sua sobrinha) só esteve duas vezes porque ela veio pelo CAPS, né? Veio, o CAPS trouxe ela, duas vezes. (Internado 5)

O internado 6 narrou que seu pai e sua mãe faleceram, e sua irmã é como uma mãe para ele. Relatou que sua irmã vai visitá-lo quando pode, às vezes de 14 em 14 dias, 21 em 21 dias, para não dar muita despesa de passagem. Aqui, a condição econômica familiar dificulta o acesso dos parentes ao manicômio, obstaculizando a reconstituição dos laços afetivos.

Já o internado 7 afirmou que sua família está fazendo a “carteirinha” de visitante para visitá-lo e que sente muita falta deles, que “bate no coração”. Relatou que de manhã “chega a chorar, mas vai suportando”.

Importante destacar que o internado 5 está há um ano na instituição e alegou ter recebido apenas duas visitas de sua sobrinha, enquanto o internado 7 se encontra há três anos no manicômio e nunca foi visitado. Ambos vivem em situação de abandono familiar.

A entrevista com o pai de um internado que praticou ato infracional no seio familiar revelou, contudo, que nem todos os internados têm seus vínculos sociais rompidos quando de sua institucionalização, e que muitas famílias acolhem seus parentes internados e trabalham na reconstrução dos laços, contribuindo para que o sujeito recupere seu papel social. Quanto à situação de seu filho, o entrevistado relatou o seguinte:

O juiz determinou três anos, já tem um ano já de sobra. Eu tô lutando pra ver se eu levo ele justamente pra desintoxicar ele, que esses remédios aqui não cura ninguém não. O juiz disse que ele surtou, entendeu? O juiz disse que ele surtou e aí deu 3 anos justamente de tratamento, né. (...) Ele tem pra onde ir, minha casa, minha casa é a casa dele, tenho endereço fixo, telefone, tem tudo. (Familiar)

Sobre visita íntima, a diretora do manicômio judiciário esclareceu que não é permitida, alegando tratar-se de uma instituição hospitalar. Da mesma forma, alguns funcionários da equipe de saúde informaram não saberem ao certo o motivo pelo qual tal tipo de visita não acontece.

Contudo, o farmacêutico narrou que são distribuídos preservativos aos internados, uma vez que alguns são homossexuais e outros acabam por relacionar-se entre si, diante da proibição de visita íntima, denunciando, ainda, casos de estupro que, segundo ele, são justificados pela doença mental:

Tem caso de agressão, estupro entre eles. A questão sexual também é muito forte. Aqui não tem visita íntima, mas é distribuído camisinha, você tem vários aqui que são homossexuais, aí então um fica com o outro aí. É distribuído camisinha aí pra eles. A psiquiatria você tem muitos aí esse lado sexual que é forte. Você tem o estuprador. Por que ele vem estuprando tudo que ele vê pela frente? Porque ele é doente. Tem o lado do doente e tem o lado do psicótico aí que ele não é doente mas faz as coisas erradas aí. (Farmacêutico)

Neste sentido, os direitos sexuais dos internados são violados em todos os manicômios judiciais do país, uma vez que, segundo o Relatório Brasil 2015, “em 70,59% dos manicômios inspecionados não há espaço para convivência íntima e, em 100% deles, não há visita íntima. O corolário óbvio é a relação homoafetiva muitas vezes não consentida.”<sup>103</sup>

No seminário “Internação compulsória: por quê, pra quê e pra quem?”, realizado em novembro de 2016, o diretor do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, Marcos José de Souza Martins, afirmou a necessidade de se discutir a questão da sexualidade no manicômio judicial. Relatou que os núcleos do Hospital Psiquiátrico Penal Roberto Medeiros, onde estão os internados provisórios e as mulheres em cumprimento de medida de segurança, deixaram de ser divididos por gêneros, e os homens e as mulheres passaram a conviver no mesmo espaço. Neste contexto, a equipe técnica entrevistou alegando que esses homens e mulheres estavam praticando sexo na instituição, o que seria inadmissível, como se, antes da medida, os homens não transassem entre eles, assim como as mulheres.

O que se percebe com a institucionalização do sujeito, decorrente do rompimento com o mundo exterior, é o processo denominado por Goffman de “mortificação do eu”, em que o internado passa a ser despojado de seu eu inicial e perde seu papel na sociedade, sendo-lhe retirada sua identidade e a concepção que tinha de si mesmo, para que possa se adaptar às novas regras da instituição. Tal procedimento se dá por meio de diversos mecanismos:

A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu. Na vida civil, a sequência de horários dos papéis

---

<sup>103</sup> CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015, Brasília: CFP, 2015, p. 17.

indivíduo, tanto no ciclo vital quanto nas repetidas rotinas diárias, assegura que um papel que desempenhe não impeça sua realização e suas ligações em outro. Nas instituições totais, ao contrário, a participação automaticamente perturba a sequência de papéis, pois a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos. Por isso ocorre o despojamento do papel. Em muitas instituições totais, inicialmente se proibem as visitas vindas de fora e as saídas do estabelecimento, o que assegura uma ruptura inicial profunda com os papéis anteriores e uma avaliação da perda de papel.<sup>104</sup>

A medicação forçada é uma das formas de mutilação do eu comumente utilizada no manicômio judiciário. Através das falas dos internados, pode-se perceber que o uso de fármacos é associado pelos mesmos como o recurso terapêutico mais importante, tanto que o descrevem como uma das suas atividades diárias.

(...) Tem horário pra acordar, tem hora pra tomar remédio. O mais importante é o remédio, de manhã, de tarde e de noite, o meu. Tem gente que toma de manhã e à noite, tem outros que é só à noite. (Internado 1)

Eu acordo seis horas, tomo remédio, sete horas tomo café, aí almoço onze horas, cinco horas eu tomo remédio de novo, aí janto. (Internado 2)

Tem horário do remédio, tem que seguir o horário do remédio. (Internado 3)

O internado 6, quando perguntado sobre sua rotina na instituição, afirmou que toma remédio às 07h, 11h e 17h, e se alimenta no refeitório com colher de plástico. Relatou que a comida não é boa e que é diabético, mas, às vezes, não tem dieta para ele.

Nesta perspectiva, Goffman ressalta como mecanismo de mortificação que “em algumas instituições totais o internado é obrigado a tomar medicamentos orais ou intravenosos, desejados ou não, e a comer o alimento, por menos agradável que este seja”.<sup>105</sup>

Por outro lado, profissionais da equipe de saúde criticam a falta de medicação na instituição, alegando que, muitas vezes, a ausência de remédios constitui-se em óbice à evolução do tratamento dos internados.

Em termos de remédio, hoje nós temos uma falta de medicamentos assim super essenciais, tá em falta. O Governo do Estado tá uma coisa de doido né. Mas tá faltando direto (...). (Farmacêutico)

---

<sup>104</sup> GOFFMAN, Erving. Op. Cit., p. 24.

<sup>105</sup> \_\_\_\_\_. p. 34.



Hoje falta médico, não tem mais atividades assim... não tem mais centro de estudos, quer dizer, até tem mas não mais como antigamente, na discussão de casos clínicos, não tem clínico, tá faltando remédio. (Médico Psiquiatra)

É mais prisional, porque nós estamos até sem remédio, tá difícil. Até remédio não existe. (Terapeuta Ocupacional)

A terapeuta ocupacional mencionou que a instituição oferece algumas oficinas terapêuticas, tais como a de artes e a de produtos de limpeza. Referiu, também, que a biblioteca estava sendo reativada a pedido dos internados.

O internado 5 descreveu as seguintes atividades existentes do HCTP consideradas, por ele, como de lazer: sinuca, dominó, dama e o futebol de quadra. Já o internado 6 narrou que conheceu “muitas coisas boas” na instituição, como o artesanato, tendo aprendido a fazer retratos, quadros em madeira, sabonetes. O internado 7 falou que é capoeirista e gosta de jogar capoeira no pátio.

Tais atividades, realizadas em grupo ou individualmente, são consideradas por Goffman como simples distração:

(...) atividades intencionalmente desprovidas de seriedade, mas suficientemente excitantes para tirar o participante de seu "ensinamento", fazendo-o esquecer momentaneamente a sua situação real. Se se pode dizer que as atividades usuais nas instituições totais torturam o tempo, tais atividades o matam misericordiosamente.<sup>106</sup>

Neste sentido, alerta Paulo Amarante que estas práticas consideradas terapêuticas pelos profissionais de saúde e trabalhadas com os internados precisam ser superadas: “(...) isto significa não administrar-lhe(s) apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade”.

O manicômio é: o lugar zero da troca. A tutela, a internação, têm esta única finalidade: subtração das trocas, estabelecer relações de mera dependência pessoal. No manicômio, a sociabilidade é reduzida a zero. Esse é um dos problemas que se colocam: o problema não é a cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa (ROTELLI, 1990).<sup>107</sup>

---

<sup>106</sup> GOFFMAN, Erving. Op. Cit. p. 64.

<sup>107</sup> TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonism and subjectivity: collective construction in the field of mental health. *Ciê. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001, p. 81.

O que se pode concluir diante das exposições feitas é que o HCTP é uma instituição total perversa, violadora de direitos fundamentais e que precisa ser abolida, sobretudo após as conquistas resultantes da luta antimanicomial, tais como leis, portarias, resoluções e recomendações que reorientam a assistência dirigida aos sujeitos em sofrimento mental infratores, considerando, ainda, que tais estabelecimentos, “em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu”.<sup>108</sup>

---

<sup>108</sup> GOFFMAN, Erving. Op. Cit. p. 22.

## 5 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira trabalhou as perspectivas de mudança no campo da saúde mental através da desconstrução de paradigmas clássicos, primando, sobretudo, pelo processo de desinstitucionalização, a fim de substituir a lógica manicomial pelo fomento de redes de serviços alternativos de saúde mental a nível comunitário.

Eduardo Henrique Guimarães Torre e Paulo Amarante referem que, para Rotelli:

(...) o objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes. Inicialmente, isto é, no trabalho de desconstrução do manicômio, essa transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade da palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto da periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ROTELLI, 1990).

Paulo Amarante atenta, contudo, para o fato de que não se pode reduzir “o conceito de desinstitucionalização à meras medidas de desospitalização, sem a necessária construção de uma nova rede de serviços e cuidados”.<sup>109</sup>

Com o objetivo de fomentar e fortalecer os dispositivos de saúde mental e alicerçar o programa de atenção integral de forma territorial, a Política Nacional de Saúde Mental, com base na Lei nº 10.216/2001:

(...) conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta política (...).<sup>110</sup>

Outra preocupação diz respeito ao fenômeno de manicomialização destes aparelhos substitutivos, que podem se verificar quando não há a superação do paradigma psiquiátrico

---

<sup>109</sup> AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995, p. 493.

<sup>110</sup> Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>>. Acesso em 22 nov. 2016.

clássico e da lógica manicomial, podendo a rede de saúde mental se constituir em “minicômios”: “(...) Para Guattari podem-se criar equipamentos psiquiátricos ágeis no seio do tecido urbano sem por isso trabalhar no campo social. Simplesmente miniaturizaram as antigas estruturas segregativas e, apesar disso, interiorizaram-nas (Guattari, 1992)”.<sup>111</sup>

Nesta perspectiva, serão abordadas neste capítulo experiências e iniciativas renovadoras desenvolvidas no Brasil a fim de promover a desinstitucionalização dos sujeitos portadores de sofrimento mental em conflito com a lei.

### 5.1 O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário: PAI-PJ

No estado de Minas Gerais, a reforma psiquiátrica foi implementada no campo jurídico no ano de 2001 (Portaria Conjunta nº 25/2001), já sob a égide da Lei nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, por meio de colaboração entre os Poderes Judiciário e o Executivo, consubstanciado na parceria realizada pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, a rede do SUS da cidade de Belo Horizonte e a comunidade.

O PAI-PJ tem por objetivo a inserção do portador de sofrimento mental em conflito com a lei na rede pública de saúde, acompanhando-o em todas as fases do processo penal, antes e depois da sentença que determina a medida de segurança, atuando “como um dispositivo conector, agregando em torno do acompanhamento do paciente judiciário as ações da autoridade judicial, do Ministério Público e da Rede de Saúde Mental e Social de cada caso”.<sup>112</sup>

Esclarece Fernanda Otoni de Barros-Brisset que:

Os casos são encaminhados por meio de ofício dos juízes criminais, determinando que sejam acompanhados pelo programa. Chegam, também, encaminhados por familiares, estabelecimentos prisionais, instituições de tratamento em saúde mental e outros parceiros. Se a pessoa encaminhada não possuir sentença de medida de segurança, ou se não houver o incidente de sanidade mental instaurado no processo, realiza-se uma avaliação jurídica, clínica e social do caso e solicita-se ao juiz criminal autorização para o acompanhamento do caso. Sendo autorizado, este é encaminhado à Rede Pública de Saúde Mental, se ainda não estiver em tratamento.<sup>113</sup>

<sup>111</sup> TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonism and subjectivity: collective construction in the field of mental health. *Ciên. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, ano 2001, p. 83.

<sup>112</sup> BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Por uma política de atenção integral ao louco infrator. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, ano 2010, p. 28.

<sup>113</sup> \_\_\_\_\_, p. 29.

O programa é composto por equipe multidisciplinar integrada por psicólogos, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários em psicologia que auxiliam o juiz nas tomadas de decisão, fornecendo, por exemplo, relatórios produzidos por parceiros que não integram o sistema judiciário, como os trabalhadores de saúde mental, as organizações e as entidades sociais, os familiares, entre outros.

A inovação do projeto está na superação do manicômio judiciário destinado aos sujeitos portadores de sofrimento mental em conflito com a lei, agora inseridos na rede pública de saúde mental, o que permitiu a renúncia ao “véu da periculosidade que encobriu, por mais de um século, as possibilidades inéditas do sujeito louco infrator, que desde sempre deveria ter sido considerado como um sujeito de direitos”.<sup>114</sup>

Interessante mencionar que a reiteração criminosa dos sujeitos que foram acompanhados pelo PAI-PJ pode ser considerada nula, sobretudo em razão da ausência de novas condenações pela prática de crimes violentos.<sup>115</sup>

## 5.2 O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator: PAILI

Com inspiração no PAI-PJ, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), ligado à Secretaria de Estado da Saúde, foi criado em 2006 no estado de Goiás, sendo o órgão responsável pela aplicação das medidas de segurança. O programa realiza a supervisão do tratamento oferecido aos sujeitos em sofrimento mental em conflito com a lei, em regime de internação ou ambulatorial, nas clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS, bem como nos CAPS, funcionando, também, como mediador entre o paciente e o juiz.

Interessante ressaltar que, no estado de Goiás, não existe manicômio judiciário e, antes da criação do programa, os portadores de sofrimento mental infratores cumpriam a medida de segurança em presídios, conforme relato do promotor de justiça Haroldo Caetano Silva em reunião do GT Saúde realizada no auditório do HCTP Henrique Roxo.

---

<sup>114</sup> BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, ano 2010, p. 30.

<sup>115</sup> Disponível em: <[http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/resultados.html](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html)>. Acesso em 23 nov. 2016.

A equipe do PAILI é multidisciplinar e formada por advogada, assistentes sociais, psicólogas, acompanhante terapêutico e auxiliar administrativo, todos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde, atuando somente após a realização de perícia médica e a imposição de medida de segurança.

No PAILI, o juiz não determina a espécie de medida de segurança a ser cumprida, o que é feito pelo médico, auxiliado pelas equipes psicossociais. Assim, o papel do juiz no processo de execução é de acompanhamento do tratamento, fiscalizando eventuais excessos ou desvios até que a medida de segurança seja extinta.

### **5.3 O Programa Des'medida – Saúde Mental e Direitos Humanos: Por um Acompanhar na Rede**

Disciplina de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a implementação do programa Des'medida, ainda em fase inicial, em parceria com o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, a Secretaria de Estado da Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde e a Superintendência dos Serviços Penitenciários, tem por propósito articular a assistência social e de saúde em rede, assessorando o Poder Judiciário e o sujeito em sofrimento mental em conflito com a lei. O objetivo último é extinção progressiva do manicômio judiciário.

Com inspiração do programa PAI-PJ, o Des'medida tem como consultora a coordenadora e idealizadora do programa mineiro, a psicóloga Fernanda Otoni de Barros-Brisset.

O fluxo de atendimento do Des'medida tem início na fase de conhecimento do processo criminal. Quando da instauração do incidente de insanidade mental, o juiz poderá encaminhar o caso ao programa que, atuando como dispositivo conector entre o Poder Judiciário e a rede de atenção psicossocial, acolherá o paciente e seus familiares, mapeando as redes de saúde e os serviços de assistência social no território do sujeito. Realizado o acolhimento, a microequipe remeterá um relatório ao juiz informando sobre o acompanhamento do sujeito e orientando formas de cuidado.

Proferida sentença absolutória imprópria, o programa acompanhará a execução da medida de segurança imposta até o momento em que ainda se faça necessária a articulação com os serviços de saúde mental e de assistência social.

#### **5.4 A luta pela desinstitucionalização no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo**

De acordo com o censo realizado em 2011<sup>116</sup>, o estado do Rio de Janeiro contava, à época, com três Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs): o HCTP Heitor Carrilho, o HCTP Henrique Roxo e o Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto Medeiros.

Com o fechamento definitivo do HCTP Heitor Carrilho e a desinternação dos seus pacientes em fevereiro de 2016, subsistiu o HCTP Henrique Roxo, destinado ao cumprimento das medidas de segurança das pessoas do gênero masculino e o Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros, onde estão os internados provisórios e as mulheres em cumprimento de medida de segurança.

No que tange ao processo de desinstitucionalização do HCTP Henrique Roxo, objeto da presente pesquisa, pode-se enumerar algumas atividades realizadas pelos profissionais da equipe de saúde que caminham nos ditames do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, tais como o atendimento interdisciplinar, a elaboração de projetos terapêuticos singulares, a tentativa de localização de familiares a fim de avaliar a possibilidade de acolhimento familiar, a elaboração de pareceres e relatórios psicossociais, as visitas institucionais aos CAPS e aos SRTs<sup>117</sup>, as reuniões semanais da equipe técnica, a constituição do grupo de trabalho Saúde do Comitê de Prevenção e Combate à Tortura do Estado do Rio de Janeiro, com encontro mensal, objetivando a discussão de estratégias de desinstitucionalização, e o acompanhamento da equipe técnica nas saídas terapêuticas.

---

<sup>116</sup> DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, p. 31.

<sup>117</sup> Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT: São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>>. Acesso em 23 nov. 2016.

As falas dos profissionais a seguir transcritas mencionam o exercício de algumas das atividades acima listadas e as dificuldades enfrentadas para sua realização:

Atendimento aos pacientes, contato com a rede extra hospitalar, né, que são os CAPS, elaboração de documentos, pareceres, avaliações, encaminhamentos pra CAPS, contato com o CRAS, atendimento à família, supervisão clínica, participação em sessão clínica. (Psicóloga)

(...) E tem a desinstitucionalização que a gente tá conseguindo, e muitos, muitos pacientes já tiverem alta, já tão em residências terapêuticas, onde tem residência né, porque é difícil também você conseguir vaga pras residências, essas coisas assim. Tá bem... tá conseguindo funcionar melhor. (Terapeuta Ocupacional)

Como a gente é da equipe multiprofissional é uma atividade diferente do pessoal do plantão, né. Eu atendo junto com a equipe, a gente tem reunião técnica, tem atendimento individual com os pacientes, no atendimento vou no banho de sol, vou no refeitório né, pra poder ver os pacientes. E faço também a medicação deles que é de depósito. (Técnico em Enfermagem)

Faço tudo. Tratamento, assistência, pareceres, exames criminológicos e as intercorrências do plantão. Se tiver alguém passando mal aí me chamam. (Médico Psiquiatra)

Uma das atividades que merece destaque é a saída terapêutica, em que o sujeito tem a possibilidade de visitar familiares e amigos, retornando ao seu local de origem, além de comparecer em dispositivos substitutivos de saúde e assistência social, fazer passeios, tudo com vistas à sua inserção social e à construção de vínculos e laços na vida extramuros.

A saída terapêutica está prevista no item 12 da Resolução nº 5 do CNPCP<sup>118</sup> e se dá mediante requisição da equipe multidisciplinar do manicômio judiciário ao juiz da Vara de Execução Penal, que, conforme relatado pelos profissionais de saúde, costuma deferir o pedido medida em razão da mudança nas condições psíquicas do paciente.

Tem a saída terapêutica que eles têm direito. Essa saída terapêutica somos nós enquanto equipe que avaliamos. Existe a saída terapêutica que é a família que vem, pega o paciente aqui, passa o final de semana, e depois retorna ou então ele vai até o CAPS com a família. E tem a saída terapêutica assistida que é feita pela equipe, porque muitos têm um vínculo familiar muito fragilizado ou ausente, então nós é que tentamos, na medida do possível e na precariedade que infelizmente a saúde pública enfrenta no nosso país, a gente tenta agendar e acompanhar aí na ida ao CAPS, na questão de documentos, de perícia, e até mesmo de um passeio ou alguma coisa do tipo. Mas não é algo que a gente consegue ter assim uma regularidade por conta de ter também um número insuficiente de recursos humanos pra dar conta dessa demanda na instituição, infelizmente porque eu acho que a gente precisaria de ter um investimento maior nesse campo aí de acompanhamento terapêutico, de ida mais

---

<sup>118</sup> 12. A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica.



frequente, ter esse trabalho de forma mais rotineira. A gente vê se o paciente tá estável, se a gente acha que ele vai se beneficiar dessa saída terapêutica, a gente já faz o parecer visando isso. É que demora muito, demora muito mesmo a resposta da VEP. Não é algo que a gente faz em um mês e vem no mês seguinte, demora três, quatro, cinco meses e depende da decisão do juiz. A gente faz o parecer favorável, mas quem dá a palavra final é o juiz. Na maioria das vezes eles são favoráveis, eles atendem aquilo que a gente coloca no parecer. Só quando às vezes tem alguma questão jurídica, ou se tem aí outro processo e dependendo aí da gravidade do delito, eu acho que o judiciário fica meio em dúvida. (Psicóloga)

As saídas terapêuticas são assim: depois de um período que o paciente tá aqui, a gente pede pro juiz, faz um requerimento ao juiz pra saída deles. Aí o juiz defere ou não. Tem uns que o juiz defere que só saia com a equipe e tem outros não, que podem sair com a família. E assim, tem uns que vão sexta e vem domingo, que é a maioria deles. Quando tem família, a família pega sexta e vem domingo, tem outros que estão no CAPS lá fora, que já estão quase saindo aí voltam na segunda, porque vão ao CAPS na segunda e voltam na segunda à tarde, e aí vai. Tudo fica muito difícil quando o paciente não tem família, né? Aí tudo se torna muito difícil. O juiz costuma deferir. Leva uns dois meses (a decisão judicial), é porque é muita gente né, muito processo. (Terapeuta Ocupacional)

A saída terapêutica a equipe faz o pedido, faz o parecer, manda pro juiz e quem libera a saída terapêutica é o juiz, como a saída natalina também. É judicial. Uns sim, outros não, isso aí é a critério dele, do juiz que decide. Não é a equipe que decide, quem decide é o juiz. Às vezes tem paciente que tem saída terapêutica e é cancelado, e suspende a saída terapêutica. Qualquer coisinha, mínima coisa eles suspendem a saída terapêutica. Demora sim (pro juiz decidir). Eles saem acompanhados da família, tem o suporte familiar, aí leva a medicação e fica uns três dias em casa, no máximo. Aí vai sexta e volta na segunda. Não se estende muito isso não, por exemplo, ficar uma semana é muito difícil. Bom, na nossa equipe não tem ninguém, só de sair três dias mesmo. Eu e o pessoal da equipe já levamos pacientes no CAPS, mas isso aí é paciente que já tá quase pra ser desinternado, já tá há muito tempo aqui dentro e a equipe tá trabalhando pra isso, pra ele ser desinternado. Aí a gente sai pra procurar moradia, CAPS, a gente leva ele pra conhecer o lugar, entendeu. Mas isso tudo aí é com autorização. O pessoal do CAPS também vem aqui. São muito bem recebidos pelo pessoal do CAPS (os pacientes). Tem paciente também que a gente leva no banco pra receber o benefício, mas são pacientes mais organizados, porque a gente também tem que ter aquela confiança de sair com o paciente, né? Não ter risco de fuga, essas coisas. (Técnico de Enfermagem)

É até um teste pra nós, pra equipe saber como ele tá começando a se comportar lá fora. Depois que ele cumpre metade do tempo, ele estando bem, a equipe favorece, até pra ver como que ele tá lá fora, como que ele tá se comportando, como que ele tá reagindo, já buscando uma inserção dele depois em algum CAPS. Então é um instrumento, um instrumento terapêutico. Eles saem com a família. Só que tem uns que não têm família, saem com a equipe, só que esses saem assim, dão uma saída né, passeio, quem tem família sai final de semana. Fica um final de semana em casa. Às vezes fica (mais que um final de semana). Às vezes tem que resolver alguma coisa e fica. Mas o normal é sair sexta e voltar segunda. (Médico Psiquiátrica)

O profissional de enfermagem relatou, emocionado, sobre o acompanhamento que realizou de um paciente à uma residência terapêutica e a reação deste sujeito ao ser ver com possibilidade de viver naquele lugar:

É até emocionante quando a gente leva, o acolhimento deles é muito bonito. Levamos um paciente pra conhecer uma residência terapêutica e ele, nós como um todo, fomos

muito bem recebidos, fizeram lanche pra ele, os pacientes de lá levaram ele pra conhecer a residência, mostraram o quarto, foi muito bonito. O paciente ficou muito feliz, ele perguntou: “Eu posso ficar aqui hoje?” Foi legal. (Técnico de Enfermagem)

A alguns internados tal medida já foi concedida, inclusive, várias vezes. Outros, nunca saíram do manicômio. O internado 1 mostrou-se ansioso para que lhe fosse permitida a saída terapêutica, já que estava há um ano e seis meses no manicômio, reclamando da demora no deferimento da medida:

Eu tô pra ganhar meu VPL. Não ganhei até hoje, mas tô aguardando, me mantendo fora da “tranca”, que é o castigo, fazendo o máximo pra eu não ir pro castigo. (Internado 1)

Interessante perceber que o internado se refere à saída terapêutica como VPL (Visita Periódica ao Lar), benefício previsto no artigo 122 da LEP<sup>119</sup>, concedido aos sujeitos em cumprimento de pena nos presídios em regime semiaberto, o que revela que o sujeito concebe o manicômio judiciário nos mesmos moldes da prisão, onde já esteve cumprindo pena.

O internado 6 relatou que já saiu muitas vezes com a equipe, tendo feito passeios, ido ao supermercado. Da mesma forma, o paciente 7 afirmou já ter ido visitar sua família sete vezes, junto com a equipe técnica. Declarou, ainda, que vai ao banco todo mês receber sua aposentadoria.

Ainda que se tenha consciência de que medidas humanizadoras, como as saídas terapêuticas, operadas pela equipe técnica do manicômio judiciário, não ensejam uma ruptura com a instituição manicomial, é de se reconhecer que, indicam, ao menos, um inconformismo com a situação de exclusão e abandono dos internados e uma tentativa de abertura da vida fechada que estas pessoas levam.

Outro “gesto elementar”, conforme referido por Rotelli, na luta pela desinstitucionalização foi a posição tomada pela defensora pública titular do NUSPEN (Núcleo do Sistema Penitenciário), Patrícia Carlos Magno.

---

<sup>119</sup> Art. 122. Os condenados que cumprem pena em regime semi-aberto poderão obter autorização para saída temporária do estabelecimento, sem vigilância direta, nos seguintes casos: I - visita à família; II - frequência a curso supletivo profissionalizante, bem como de instrução do 2º grau ou superior, na Comarca do Juízo da Execução; III - participação em atividades que concorram para o retorno ao convívio social.

Durante a reunião do GT Saúde ocorrida no auditório do HCTP Henrique Roxo, no mês de setembro de 2016, na qual a pesquisadora estava presente, uma psicóloga da instituição indagou o motivo pelo qual o relatório psicossocial elaborado pela equipe técnica do manicômio não era levado em conta pelo perito responsável pela produção do laudo de cessação de periculosidade, bem como pelo juiz. Desde então, há cerca de três meses, a defensora pública decidiu por substituir o pedido de realização de exame de cessação de periculosidade por um laudo de avaliação psicossocial (LAP) a ser confeccionado pela equipe técnica do HCTP, nos moldes da quesitação realizada no PAILI, na tentativa de desconstruir o estatuto da periculosidade.

No dia do seminário “Medida de segurança e direitos humanos: que(m) se assegura?”, realizado no mês de novembro de 2016, a defensora pública distribuiu um modelo do ofício<sup>120</sup> que está utilizando para a requisição do laudo de avaliação psicossocial. No referido ofício consta que “O laudo de avaliação psicossocial substitui a desnecessária e ultrapassada perícia de cessação de periculosidade, pois a Lei 10.216/01 e Recomendação CNJ n. 35 impõem análise no sentido de verificar se o objetivo da reinserção social do paciente está sendo alcançado”.

O referido documento apresenta os seguintes quesitos: “a. Há quanto tempo o paciente é acompanhado pela equipe técnica?; b. Existe necessidade médica de internação nos moldes do art. 4º e 6º da Lei 10.216/01?; c. Quais serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS) vêm sendo utilizados pelo paciente?; d. Como foi a adesão do paciente ao tratamento?; e. Onde reside o paciente? Mora só ou com familiares? Tem companheira? Tem filhos? Favor descrever os laços sociais e comunitários.; f. O paciente faz uso de medicamentos? Quais?; g. O paciente exerce atividade laborativa? Qual?; h. O paciente recebe algum benefício previdenciário ou assistencial? Qual (ou quais)?; i. Houve algum evento, durante o acompanhamento do paciente, que demonstrasse falha no tratamento a ele dispensado?; j. A rede de atenção em saúde mental do município está em condições de continuar o acompanhamento do paciente independentemente da supervisão da equipe técnica assistente?; k. Há outras informações que sejam relevantes para a análise da situação psicossocial do paciente? Favor indicar quais.”

No segundo do dia seminário acima referido, a defensora pública teve notícia da primeira reação à medida tomada: a manifestação favorável do Ministério Público, nos autos do processo

---

<sup>120</sup> Vide anexo 2.

nº 00449695-25.2015.8.19.0001, à substituição do exame de cessação de periculosidade pelo laudo de avaliação psicossocial nos seguintes termos:

“Pelo encaminhamento do paciente a exame para avaliação de suas condições sociais, psíquicas e psiquiátricas para futura desinternação (exame de cessação), ressaltando-se que a Equipe responsável no HRM deverá traçar projeto desinstitucionalizador, face a falta de amparo familiar do paciente.”

A promotora de justiça Danielle de Souza Caputi Kalache de Paiva, embora tenha colocado a expressão “exame de cessação” entre parênteses, nada mencionou acerca da necessidade de verificação da periculosidade do sujeito, concordando com o pedido feito pela defensora pública. Até o término deste trabalho, o juiz responsável não havia se manifestado nos autos.

Não se pode esquecer, ainda, da articulação realizada entre a rede de saúde mental e a equipe técnica multidisciplinar que participa das audiências de custódia implantadas na Comarca da Capital/RJ.

A intenção é que a equipe possa acionar os serviços de saúde mental quando o sujeito preso em flagrante delito for portador de sofrimento mental, a fim de que possa responder ao processo criminal fora do manicômio judiciário, sendo assistido pelos serviços substitutivos. Tal ação funciona para o movimento de “fechamento da porta de entrada” do HCTP, medida efetiva para o processo de desinstitucionalização.

No mesmo seminário, a assistente social da SEAP, Tânia Dahmer, relatou que o Instituto de Perícias Heitor Carrilho, com enfoque na assistência multiprofissional, vem desde o início do ano de 2016 produzindo relatórios psicossociais elaborados por assistentes sociais e psicólogos a partir da trajetória de vida do sujeito em sofrimento mental, buscando esclarecer suas condições sociais, relações familiares, seu caminho pelos serviços de saúde mental, a maneira como se deu a passagem ao ato infracional, além de informações obtidas a partir do prontuário junto à equipe técnica do Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros, local onde ficam os internados provisórios, pessoas que estão aguardando a realização do exame de insanidade ou seu resultado.

A feitura dos relatórios psicossociais se dá antes da confecção do laudo produzido pelos psiquiatras e objetiva servir de suporte à confecção deste. Contudo, nem todos os peritos se utilizam destes pareceres, alegando alguns que, em nome da “neutralidade”, não podem se “contaminar” com os dados apresentados. Tais documentos também são remetidos ao Hospital Psiquiátrico Penal Roberto Medeiros visando dar subsídios à equipe de assistência para o tratamento do sujeito.

Além disso, como alternativa a curto prazo, o diretor do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, o psiquiatra Marcos Argolo, se comprometeu, durante reunião do GT Saúde, a designar peritos para realizar a perícia no manicômio judiciário, na tentativa de fazer convergir o laudo psiquiátrico e os relatórios elaborados pela equipe técnica que acompanha o sujeito durante a internação.

Contudo, tal providência, durante o período de realização da pesquisa de campo, não surtiu efeitos, conforme se verifica a partir do seguinte relato do profissional de terapia ocupacional do HCTP Henrique Roxo:

Agora, de vez em quando, vem fazer perícia aqui. Mas, por exemplo, ontem tava marcada uma perícia aqui prum paciente, aí a gente chegou, avisou ao paciente que vinha o perito, o paciente fica todo... toda aquela ansiedade esperando, mudou a roupinha, ficou todo limpinho. Aí recebemos um aviso que a perita não viria ontem, só vai vim quinta-feira. Aí nós chamamos o paciente, tava todo arrumadinho esperando a perícia, conversamos com ele, falamos. Então, sabe, essas coisas acontecem. (Terapeuta Ocupacional)

Importante destacar, também, a inclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico em conflito com a lei na plataforma online FormSUS, onde há um banco de informações dos pacientes em processo de desinternação no município do Rio de Janeiro, estratégia realizada pela psicóloga Maria Kemper, supervisora de desinstitucionalização do sistema penitenciário.

Esta tática permite a articulação entre o HCTP Henrique Roxo e a rede de saúde mental, garantindo o processo de “desinsti” e a visibilidade dos sujeitos infratores.

Durante a pesquisa de campo e a participação em palestras, reuniões e seminários, pode-se constatar que ainda há muito a se fazer para a superação da lógica hospitalocêntrica, mas reconhece-se que inúmeras ações desinstitucionalizantes vem sendo tomadas e continuam a

serem planejadas pelos atores da reforma psiquiátrica no sentido de promover o fechamento do HCTP Henrique Roxo, a fim de que os sujeitos infratores possam cumprir medida de segurança fora dos muros do manicômio judiciário.

Como refere Paulo Amarante,

(...) A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (...).<sup>121</sup>

---

<sup>121</sup> AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995, p. 494.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho pretendeu, antes de tudo, dar visibilidade aos sujeitos em sofrimento mental que cumprem medida de segurança nas instituições manicomiais, garantindo-lhes condição de fala sobre si e sua forma de vida.

A partir do estudo da realidade vivenciada pelos indivíduos manicomializados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, buscou-se identificar e apresentar as ações e os mecanismos engendrados no processo de desinstitucionalização desta instituição, visando a superação da lógica manicomial violadora de direitos e garantias individuais a todos assegurados pela Constituição Federal.

A dignidade da pessoa humana é fundamento da República Federativa do Brasil e “(...) traz, em sua essência, a liberdade ou a autodeterminação do indivíduo, isto é, a sua capacidade de escolha, sem a qual sequer se poderia pensar, seja em pessoa, seja em democracia.”<sup>122</sup>

Neste sentido, ao negar-lhes a capacidade de culpabilidade, o estatuto da inimputabilidade que tutela os “loucos infratores” viola o princípio da dignidade e a própria condição de ser humano, privando o indivíduo da possibilidade de responsabilização pelo ato praticado, um dos elementos resgatados aos sujeitos em sofrimento mental pelo processo de reforma psiquiátrica brasileira.

Assim, tendo por base a dignidade e a assunção de responsabilidade pelos indivíduos portadores de transtorno mental, percebeu-se que o HCTP Henrique Roxo não se dedica aos cuidados de seus internados, mas ao controle destes indivíduos considerados perigosos, muitas vezes, pela própria equipe técnica e, que necessitam, portanto, serem afastados da sociedade pela possibilidade iminente de cometimento de novos crimes, sob a lógica da periculosidade. Os próprios internados entendem sua permanência no HCTP como forma de punição pelo ato análogo a crime por eles praticado, internalizando a condição de culpados.

---

<sup>122</sup> KARAM, Maria Lúcia. **Punição do enfermo mental e violação da dignidade**. Verve, São Paulo, PUC-São Paulo, v. 2, p. 212.

Tais características evidenciam que a instituição é mais prisional que hospitalar, apesar de levar o nome de hospital. Isto se deve tanto em razão de sua estrutura arquitetônica, cercada por muros altos, portões de ferro e pela disposição dos internados em celas gradeadas, quanto pelas práticas típicas do sistema penitenciário, com a presença de agentes penitenciários que acompanham todas as atividades realizadas pelos internados, em um sistema de vigilância constante, além de procedimentos como o “confere” e a existência da “tranca”, espécie de castigo para os indisciplinados. Não se pode esquecer que a instituição é administrada pela Secretaria de Administração Penitenciária do estado do Rio de Janeiro.

Tanto os profissionais de saúde, quanto os agentes penitenciários relataram não terem recebido treinamento para a atuação em um manicômio judiciário. O tratamento oferecido aos internados restringe-se a medicalização para estabilização dos sujeitos e oferecimento de oficinas destinadas a mera distração. Os trabalhos realizados pelos indivíduos, como limpeza das celas e das áreas comuns da instituição em troca de uma prestação simbólica, revelam mais uma forma de utilização indevida da mão de obra destes sujeitos em razão da falta de empresa de limpeza no HCTP, do que uma atividade terapêutica.

Por outro lado, verificou-se que alguns atores sociais estão comprometidos em promover a desinstitucionalização desta instituição total, e não apenas em estimular ações destinadas a humanizar o manicômio, medidas que não proporcionam a superação do aparato hospitalocêntrico.

Como gestos desinstitucionalizantes pode-se destacar a constituição do GT Saúde, articulado pelo Comitê de Prevenção e Combate à Tortura do Estado do Rio de Janeiro, que se reúne mensalmente do auditório do HCTP Henrique Roxo para discutir acerca dos mecanismos para o fechamento da instituição; a realização das saídas terapêuticas, com a finalidade de proporcionar a inserção dos indivíduos na comunidade e nos serviços substitutivos de saúde mental; a substituição do exame de cessação de periculosidade pelo laudo de avaliação psicossocial, visando não mais a verificação da condição de perigosidade, mas de sociabilidade destes sujeitos; a formação de uma equipe técnica que se faz presente nas audiências de custódia implementadas na comarca da Capital/RJ, com o propósito de que os indivíduos em sofrimento mental possam, a partir de suas prisões em flagrante, serem direcionados aos dispositivos



alternativos; bem como a elaboração, por parte da equipe técnica do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, de relatórios psicossociais destinados a subsidiar a confecção dos laudos pelos peritos.

É necessário que haja uma constituição de alianças intersetoriais que proporcionem o acolhimento dos sujeitos em sofrimento mental infratores em meio comunitário, na rede de saúde pública, no sentido de resgatar vínculos familiares e oportunizar o regaste de seus papéis sociais.

Caso não seja possível a aceitação destes indivíduos no seio familiar ou a retomada de seu espaço territorial de origem, muitas vezes em razão das circunstâncias do ato infracional praticado, conforme o relato do internado 7, que disse sentir muita falta da família, mas que não queria voltar para o lugar onde morava porque já praticou muitos furtos na região, é basilar a construção de novos laços sociais que garantam o exercício de sua cidadania.

No que depender da vontade destes indivíduos, o fechamento do manicômio judiciário propiciará novas formas de vida e produção de singularidades:

Fora daqui eu vou morar com minha sobrinha e vou viver da minha aposentadoria, que eu sou aposentado por invalidez, procurar fazer alguns negocinhos, né? Vender, assim, biscoito, bala, salgado. (Internado 2)

(...) eu quero trabalhar, quero estudar, quero ter um emprego e não quero voltar a ter mais a vida que eu tinha lá fora, entendeu? Aqui eu aprendi de eu tentar me ressocializar, ter uma vida diferente. (Internado 5)

Conforme expôs Ernesto Venturine, a desinstitucionalização trata-se:

(...) de um processo individual e coletivo de emancipação e de libertação que parte do sofrimento individual, mas que não se refere só aos pacientes. É um processo que também envolve criticamente trabalhadores, administradores públicos, políticos, cidadãos comuns, na busca utópica, mas paradoxalmente realizável, de uma sociedade sem manicômios.<sup>123</sup>

---

<sup>123</sup> ERNESTO, Venturini. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016, p. 15.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. Coord. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** [online]. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. Available from SciELO Books. Disponível em <<http://books.scielo.org>>.

\_\_\_\_\_. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal: parte geral**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 35**, de 12 de julho de 2011. DJE/CNJ nº 129/2011, de 14/07/2011. Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br//images/atos\\_normativos/recomendacao/recomendacao\\_35\\_12072011\\_22102012170144.pdf](http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_35_12072011_22102012170144.pdf)>. Acesso em 22 de outubro de 2016.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 113**, de 20 de abril de 2010. DJ-e nº 73, em 26/04/2010. Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br//images/atos\\_normativos/resolucao/resolucao\\_113\\_20042010\\_24082016160219.pdf](http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/resolucao/resolucao_113_20042010_24082016160219.pdf)>. Acesso em 22 de outubro de 2016.

\_\_\_\_\_. Constituição Brasileira (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei 3.689**, de 03 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Diário Oficial da União, 13 out. 1941.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei 2.848**, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, 31 dez. 1940.

\_\_\_\_\_. Juízo da 29ª Vara Criminal da Comarca da Capital/RJ. **Sentença**. Processo nº 166532-39.2012.8.19.0001, Juíza: Maria Tereza Donatti, Rio de Janeiro, RJ, julgado em 03/10/2013. Disponível em: <<http://www4.tjrj.jus.br/consultaProcessoWebV2/consultaProc.do?v=2&FLAGNOME=&back=1&tipoConsulta=publica&numProcesso=2012.001.145771-1>>. Acesso em 14 de agosto de 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 7.210**, de 11 de julho de 1984. Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, 13 de julho de 1984.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 04 abr. 2001.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.146**, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, 07 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, **Resolução nº 05**, de 04 de maio de 2014. Diário Oficial da União, 14 de maio de 2014. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/cadeias/pe\\_legislacao/2004resolu05.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/pe_legislacao/2004resolu05.pdf)>. Acesso em 11 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, **Resolução nº 04**, de 30 de julho de 2010. Diário Oficial da União, 20 de agosto de 2010. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/resolucoes/resolucao-CNPCP-4-2010>>. Acesso em 11 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça e da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1777/GM**, de 9 de setembro de 2003. Diário Oficial da União, 04 de abril de 2002. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/530359.pdf>>. Acesso em 11 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça e da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1**, de 2 de janeiro de 2014. Diário Oficial da União, 30 de janeiro de 2014. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-interministerial-1-2014-ms-e-mj>>. Acesso em 11 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal (STF). **Habeas Corpus** 84.219, Relator: Min. Marco Aurélio, Primeira Turma, Brasília, Data do Julgamento: 23.9.2005. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1909953>> Acesso em 14 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, Terceira Câmara Criminal. **Habeas Corpus** 0043295-63.2015.8.19.0000, Relator: Des. Antonio Carlos Nascimento Amado, Rio de Janeiro, RJ, julgado em 29/09/2015. Disponível em: <<http://www4.tjrj.jus.br/ejud/ConsultaProcesso.aspx?N=201505914253>>. Acesso em 14 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, Sétima Câmara Criminal. **Habeas Corpus** 0003410-42.2015.8.19.0000, Relator: Des(a). Maria Angélica Guerra Guedes, Rio de Janeiro, RJ, julgado em 17/03/2015. Disponível em: <<http://www4.tjrj.jus.br/ejud/ConsultaProcesso.aspx?N=201505900846>>. Acesso em 14 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, Terceira Câmara Criminal. **Habeas Corpus** 0021222-34.2014.8.19.0000, Relator: Des. Antonio Carlos Nascimento Amado, Rio de Janeiro, RJ, julgado em 27/05/2014. Disponível em: <<http://www4.tjrj.jus.br/ejud/ConsultaProcesso.aspx?N=201405903454>>. Acesso em 14 ago. 2016.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. (Coleção Saúde & Sociedade).

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015, Brasília: CFP, 2015.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **No litoral do vasto mundo**: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: VENANCIO, Ana Teresa A.; CAVALCANTI, Maria Tavares. (Orgs.) Saúde Mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA/UFRJ, 2001.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

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

EMERIM, Marcele de Freitas; SOUZA, Mériti de. O (im)possível e necessário testemunho do louco infrator. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 139-151.

ERNESTO, Venturini. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, ano 2016.

FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**: curso no *Collège de France* (1974 – 1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8 ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

KAPLAN, H. I.; GREBB, J. A.; SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria: ciência, comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, [1997 ?], p. 1088.

KARAM, Maria Lúcia. **Punição do enfermo mental e violação da dignidade**. Verve, São Paulo, PUC-São Paulo, v. 2, 210-224 p, 2002.

LIMA, Renato Brasileiro de. **Manual de processo penal: volume único**. 4. ed. Salvador: Ed. JusPodivim, 2016.

LOPES JR., Aury. **Direito processual penal**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

SANTOS, Juarez Cirino. **Direito Penal: parte geral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p. 639.

SILVA, Haroldo Caetano. **PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Disponível em <<http://pfdc.pgr.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/cartilhadopaili.pdf>>. Acesso em 5 set. 2016.

SILVA, Martinho Braga Batista e. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(1):127-150, 2005.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonism and subjectivity: collective construction in the field of mental health. **Ciê. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Entre Silêncios e Invisibilidades: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciários brasileiros**. 2015. 2011f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

\_\_\_\_\_. **O discurso psiquiátrico na imposição na imposição e execução das medidas de segurança**. Disponível em: <<http://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/>

2015/09/PM\_O\_discurso\_psiquiatrico\_na\_imp\_execMedidas.pdf?x20748>. Acesso em 12 jul. 2016.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**. 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

## APÊNDICE 1

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS INTERNADOS

Idade:

Sexo:

Formação acadêmica:

Tempo em que está na instituição:

1. Como foi a sua vinda para a instituição?
2. Como é a sua vida aqui? Quais as atividades que você realiza no dia a dia?
3. Você trabalha dentro ou fora da instituição?
4. Você estuda?
5. Você se sente em um hospital ou em uma prisão?
6. O que você acha dos outros internados?
7. O que você acha das pessoas que trabalham aqui?
8. Você recebe visitas? Com que frequência?
9. Você sente falta da sua casa e da sua família?
10. Como você acha que seria sua vida fora da instituição?
11. Você já realizou saídas terapêuticas? Como foi?

## APÊNDICE 2

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A EQUIPE DE SAÚDE

Idade:

Sexo:

Formação acadêmica:

Tempo de atuação na instituição:

Carga horária semanal de trabalho:

Função:

1. Quais são as atividades que você realiza na instituição?
2. Foi oferecido algum curso de capacitação para atuação na instituição?
3. O que é para você um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico?
4. Você classificaria o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como instituição de saúde ou uma instituição prisional?
5. O que pensa a respeito das pessoas que estão internadas aqui?
6. Como é a relação entre os internos e os funcionários?
7. Os internos recebem visita íntima? Com que frequência? Se não, por quê?
8. Os internos trabalham dentro ou fora da instituição?
9. Os internos estudam na instituição?
10. O que é para você laudo/parecer? Quais as suas características e condições de realização?
11. O que é para você periculosidade? Como ela é verificada?
12. O que você sabe sobre o movimento antimanicomial? E sobre a lei da reforma psiquiátrica?
13. Há saídas terapêuticas? Como que elas se dão? Quais os seus obstáculos?



## APÊNDICE 3

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A EQUIPE DE SEGURANÇA

Idade:

Sexo:

Formação acadêmica:

Tempo de atuação na instituição:

Carga horária semanal de trabalho:

1. Qual é a sua função na instituição?
2. Quais são as atividades que o senhor realiza?
3. A vigilância é armada?
4. Foi oferecido algum curso de capacitação para atuação na instituição?
5. O que é para você um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico?
6. Você classificaria o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como instituição de saúde ou uma instituição prisional?
7. O que pensa a respeito das pessoas que estão internadas aqui?
8. Como se dá a relação entre os pacientes e os funcionários?
9. Há saídas terapêuticas? Como que elas se dão?

## **ANEXO 1**

Rio de Janeiro, 08 de julho de 2016.

A Sua Excelência o Senhor  
**Juiz Eduardo Perez Oberg**  
Titular da Vara de Execuções Penais


Assunto: **Solicita autorização para realizar pesquisa.**

Senhor Juiz,

Solicitamos a Vossa Excelência autorização para realizar pesquisa de campo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, com a necessária permissão para acesso ao hospital bem como consulta a documentos afins por parte da orientanda.

Esclarecemos que a pesquisa visa analisar os óbices à desinternação progressiva dos sujeitos em sofrimento psíquico submetidos ao instituto da medida de segurança, tendo como metodologia para coleta de dados a análise documental (autos de processo, laudos e pareceres psiquiátricos) e etnográfica (através da observação não participativa, com realização de entrevistas e aplicação de questionários semiestruturados aos funcionários e internados), para fins de elaboração de monografia final de curso a ser defendida no mês de dezembro de 2016.

Respeitosamente,

  
**CEZAR AUGUSTO RODRIGUES COSTA**  
PROFESSOR ORIENTADOR  
cezaraugusto@tjrj.jus.br

  
**MARIANA AMARAL PEREIRA**  
ORIENTANDA  
amaralmariana08@gmail.com

imprta VEP 2016/0048272-1 14/07/2016 12:23:11 05D3



Estado do Rio de Janeiro  
Poder Judiciário  
Tribunal de Justiça  
Comarca da Capital  
Vara de Execuções Penais

fls.

Protocolo: 2016/0049400-7

### DESPACHO

Nada a opor, a solicitação de pesquisa de MARIANA AMARAL PEREIRA, RG 282734029, desde que, ciente a SEAP, resguardada a imagem do preso e sua autorização para divulgação da mesma. Respeitados ainda, os dias, horários e normas estabelecidos pela SEAP, com as cautelas de praxe.

Rio de Janeiro, 29 de agosto de 2016.



**DR<sup>a</sup> LARISSA MARIA NUNES BARROS FRANKLIN DUARTE**  
JUIZ(A) DE DIREITO

CHRISTINEWONG

## **ANEXO 2**



SECRETARIA DE  
ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA

279

**HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO**

OF. nº 1531/SEAP/HHSP/2012

Rio de Janeiro, 14 de agosto de 2012.

Da: Direção do SEAP/HH

Ass: JUÍZO DA 29ª VARA CRIMINAL DA COMARCA DA CAPITAL - RJ

RÉU: ROSINEIDE SOARES (0027908)

PROCESSO: 0240355-46.2012.8.19.0001

Meritíssimo Juiz,

Tenho a honra de me dirigir a V.Exa. para informar que a réu em epígrafe está sendo convocado a realizar exame pericial no dia 21/01/2013 às 09:00h. Informamos, por oportuno, que nosso Serviço de Perícias atende a todas as Varas Criminais do Estado, além das Varas Federais, e Autarquias da Justiça Militar, e ainda a Vara de Execuções Penais para a realização de exames de sanidade mental, de dependência de drogas, de superveniência de doença mental em apenados, de cessação de periculosidade e de vítimas (quando aplicável). Tudo isso, acrescido da baixa que tivemos no quantitativo de peritos, que hoje se reduziu à metade do efetivo até pouco existente, nos permitiu o agendamento e atendimento somente na data acima. A Direção do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho tem se empenhado em conseguir da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária a admissão de novos peritos psiquiatras forenses o que, até o momento, não foi possível.

Para a realização da perícia, solicitamos que seja encaminhado INCIDENTE contendo CÓPIAS:

- ( ) QUALIFICAÇÃO DO RÉU
- ( ) DENÚNCIA
- ( ) AUTO DE PRISÃO EM FLAGRANTE/R.O
- ( ) INTERROGATÓRIO
- ( ) QUESITOS
- ( ) INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SE HOVER)

Respeitosamente,

p/Direção

MIGUEL CARRILHO  
Direção do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho  
Rua Frei Caneca, nº 401 fundos - Estácio de Sá - CEP: 20.211-020 - Rio de Janeiro  
Tel-fax: (021) 2333-7475/2333-7474

PROCP CR23 01201674821 24/08/12 15:45:10:23035 11-2013

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO

Rua Frei Caneca, nº 401 fundos - Estácio de Sá - CEP: 20.211-020 - Rio de Janeiro

Tel-fax: (021) 2333-7475/2333-7474

SSA



SECRETARIA DE  
ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA

21  
94  
*[Handwritten signature]*

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO HEITOR GARRILHO  
Rua Frei Caneca, 401 fundos - Estácio - CEP 20213-020  
Tels: 2333-7474; 2333-7475  
Serviço de Perícias Médicas

EXAME DE INSANIDADE MENTAL

Laução nº: 38 734 / 13

Processo nº 0240355-46,2012.8.19.0001

Exm<sup>o</sup> Sr. Dr. Juiz de Direito da 29ª Vara Criminal da Capital - RJ.

Rio de Janeiro, 21 de janeiro de 2013.

I - Identificação:

Rosineide Soares: filha de Marina Soares e de Miguel Alves Cavalcante; sexo feminino; cor de pele: branca; natural da cidade de Dois Riachos - AL, nascida em 3/6/81; solteira. Profissão: Costureira. Proveniente da Casa de Custódia de Joaquim Ferreira de Souza (Bangu).

II - Denúncia:

Lida a denúncia em anexo.

III - Elementos Colhidos nos Autos:

Lido o Registro de Ocorrência Auditado, o Termo de Declaração, Informação sobre Investigação, o Pronunciamento Inicial da Defensoria Pública, Laudos Médicos, Pronunciamento da Defesa, o Despacho Judicial e os quesitos do MP e da Defensoria Pública.

IV - Versão do Acusado ao Perito:

Eu peguei minha filha na Naldete e trouxe para morar comigo. Mas um dia eu percebi que ela tinha este vício de se tocar. Até que um dia meu marido levou nós dois para casa da mãe dele e eu fiquei com ela em casa, quando percebi ela se tocando, briguei com ela e dei uma chinelada nela. Meu quarto possui cortinas que eu fechava quando ia fazer sexo com ele. Mas num dia deparei

*M. Rosineide Soares*  
1.6653

*[Handwritten signature]*

com ela fazendo silêncio, se roçando no ferro da cama. Eu bati nela a tal <sup>20</sup>  
mais última vez que não podia. Mas a partir deste dia passel a não fazer outra <sup>95</sup>  
coisa a não ser vigiá-la, e passel cada dia a bater cada vez mais <sup>10</sup>  
frequentemente, e com mais violência. Percebi que não estava bom, mas não  
consegui parar. Não aguentava mais ver o sofrimento dela, mas não consegui  
parar.

#### V - Anamnese:

Filha baçula de uma família com nove filhos. Evolução psicomotora sem  
necessidade de tratamentos médicos especializados ou de internação  
hospitalar. Estudou e possui o nível elementar incompleto. Seu pai faleceu  
quando ela estava com nove meses de idade. Que sua mãe foi castigada  
quando ela era criança até entrar na adolescência, quando passou a ficar mais  
distante. Negá ter sofrido alguma agressão dos pais. Informa que foi molestada  
pós seis ou sete anos de idade, por um irmão adulto por parte de seu pai, que  
frequentava a casa na ausência da mãe e das irmãs enquanto trabalhavam. Na  
ocasião o molestar retirava sua roupa e a dela deitando-se sobre ela, a  
estregar seu corpo no dela. Que da ocasião ficou a forte lembrança do forte  
cheiro de suor dele, o que faz com que ela, ainda hoje, vá fazer meia cheira seu  
para ver se esta com aquele cheiro. Conta ainda que durante  
suas dificuldades com sua filha, aquele meio irmão ligou para ela depois de  
vários anos, e lhe disse que estava com saudades do que fazia com ela na  
ocasião e propôs que se encontrassem. Ela que nunca havia contado para  
qualquer de seus familiares, buscou saber com suas irmãs, desde então, se havia  
acontecido a mesma coisa com elas, no que recebeu respostas negativas.

Que sempre sentiu prazer com sua vida sexual, mas que depois do que passou  
a viver com sua filha, passou a não ter mais qualquer desejo ou prazer nas  
relações sexuais com seu companheiro.

Que não aguentando mais viver com a culpa do que fazia com sua filha e o  
tormento, resolveu se entregar à polícia para que pudesse deter-se. Procurou a  
Igreja Mundial do Poder de Deus, que frequentava, e contou ao pastor para que  
ele chamasse a polícia, que lhe atendeu indicando dois policiais que trabalham  
na segurança da igreja que, por sua vez, chamaram a polícia militar. Levada à  
delegacia policial foi atendida de sua filha que foi entregue ao Conselho Tutelar,  
sete meses depois teve desligada pela Juiz do caso, sua prisão [sic].

Nega que já tenha se submetido a tratamento ou de internações psiquiátricas  
anteriores ao delfto.

Nega uso de drogas psicoativas.


Reside há seis anos com seu atual companheiro com quem possui um filho de  
cinco anos. Já teve dois relacionamentos conjugais anteriores, e sua única filha,  
que conta hoje sete anos de idade, nasceu de um relacionamento fortuito,  
passando a residir com uma amiga sua desde seus três meses de vida.

Nega já ter respondido anteriormente a outros processos criminais.

Nega sofrer de Epilepsia.

#### VI - Exame Físico:

Sem sinais clínicos de importância médica peculiar para o caso.





VII - Exames Complementares:

Sem importância médica pericial para o caso.

96  
R

VIII - Exame Psíquico:

A pericianda, apresenta-se em regulares condições de saúde pessoal. Consciência lúcida. A cooperação com o exame foi franca, respondendo de maneira clara e coerente às perguntas formuladas. Não relatou, nem evidenciou alterações da sensopercepção. Pensamento sem alterações delirantes, deliróides, ou alucinatorias. Humor deprimido. Inteligência dentro dos limites da normalidade. Afetos modulados. Normovigil. Normoatenaz. Memória de fixação e de evocação mantidas. Pragmatismo e juízo crítico mantidos.

IX - Conclusões:

IX - Diagnóstico: Sem doença mental.

IX. II. Considerações Psiquiátrico-fôrenses:

Do relato da pericianda, da análise da documentação acostada aos autos e apresentadas no ato pericial, concluímos não termos encontrado na pericianda, qua quer, sinal clínico de que sofresse no momento de seu ato, ou ainda hoje, de qualquer doença mental. Apesar de laudos anexados aos autos (folhas 15 e 16), apontarem sintomas psicóticos na pericianda, estes não foram encontrados em sua história progressiva, nem posteriormente. As motivações emocionais para seus atos bárbaros de violência contra sua filha, defesa, podem ser encontradas em sua própria história infantil, de vítima de abusos sexuais perpetrados por seu meio irmão. Apesar de ter sido ela também vítima de violência, também em tenra idade, seus seguidos atos agressivos contra sua filha, não foram cometidos na vigência de qualquer turvação sensorial, abnubilção da consciência, ou episódio psicótico. Houve, conforme se depende de seu próprio relato a nós, de intencionalidade, combinação de meios, e união de esforços para sua efetivação.

Desta maneira concluímos, que a pericianda, no momento do seu ato, era totalmente capaz de compreender seu caráter ilícito, e de deixar-se de acordo com esta compreensão.

X - Questões:

Ver questões em anexo

Da Defensoria Pública (folhas 13; 14):

- 1) Não, era totalmente capaz.
- 2) Não há doença mental na pericianda.
- 3) Não, era totalmente capaz.
- 4) Sim, era totalmente capaz.
- 5) Sim, totalmente capaz.
- 6) Sim, era totalmente capaz.




9785  
R

- 7) Sim.
- 8) Não.
- 9) Não há necessidade de especial tratamento curativo.
- 10) Idem.
- 11) Não, era totalmente capaz.
- 12) Não há necessidade de especial tratamento curativo.
- 13) Vide corpo do laudo.

Dº MP (folhas 20):

- 1) Não.
- 2) Idem.
- 3) Não.
- 4) Não, era totalmente capaz.
- 5) Não, era totalmente capaz.
- 6) Não.
- 7) Sim, era totalmente capaz.

Dr. Carlos Roberto Alves de Paiva  
 Médico Perito  
 CREMER Nº 52.20035-0  
 (matr. 661.259-6)




MIGUEL CHAVES  
 Hospital Heliar Curitiba  
 Setor de Serviço de Perícia  
 Rua São João 218-B  
 Curitiba - PR - 81.100-000

Estado do Rio de Janeiro Poder Judiciário  
Tribunal de Justiça  
Comarca de Capital  
Cartório da 2ª Vara Criminal  
Av. Ezequiel Estrada, 115 L II sala 804CEP 20020-903 - Centro - Rio de Janeiro - RJ e-mail: cau2@tj.rj.br

156

Fls.

Processo: 0166532-39.2012.8.19.0001

### Réu preso

Classe/Assunto: Petição - Criminal - Crimes de Tortura (Art. 1º - Lei 9.455/97). Crime Continuado (Art. 71 - Cp)  
Autor: MINISTERIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Réu: ROSINEIDE SOARES  
Inquérito 2861/11 17/11/2011 44ª Delegacia Policial

Nesta data, faço as estas conclusões ao MM. Dr. Juiz  
Maria Tereza Donatelli

Em 03/08/2013

### Sentença

Vistos, etc.

Trata-se de ação penal ajuizada pelo Ministério Público em face de ROSINEIDE SOARES, imputando-lhe o crime previsto no artigo 1º, II, c/c parágrafos terceiro e quarto, inciso II, da Lei nº. 9.456/97, na forma do artigo 71 do Código Penal, pelos fatos narrados na denúncia a seguir transcrita:

"No período compreendido entre janeiro de 2010 e 18 de agosto de 2011, em dias e horários diversos, no interior da residência situada na Rua Leopoldo Bulhões, 700, casa 02, quadra 32, Benfica, nesta cidade, a denunciada, livre e consciente, com especial fim de aplicar castigo pessoal, mediante violência, submeteu sua própria filha, a criança Maria Eduarda Soares, de seis anos de idade, sob sua guarda, a intenso sofrimento físico e moral.

Os autos revelam que a denunciada, em manifesta violação à dignidade da pessoa humana, espancava Maria Eduarda porque esta percebia que a menina tinha o hábito de tocar suas pernas íntimas à noite, antes de dormir.

Em razão disso, a denunciada submetia a vítima a intensos castigos físicos, tais como: mordidas, queimaduras, pontadas, puxões de cabelo, socos e etc., ocasionando-lhe as lesões corporais gravíssimas descritas no laudo de Exame de Corpo de Delito acostado ao bojo dos autos às fls. 19/20.

A denúncia foi instruída com os autos do inquérito policial nº 044-02861/2011, da 44ª DP.

Registro de Ocorrência (fls. 03/06).

Termos de Declarações de Testemunhas (fls.08/11)

Termo de Declaração da acusada (fls. 16/17)

Laudo de Exame de Corpo de Delito (fls. 19/20)

110  
MPCONAT/1



Termo de Declaração de Testemunha - assistente social (fls. 21/22)

Termo de Declaração de Testemunha - padrasto (fls. 30/31)

Parecer Psicológico (fls. 37/41)

Pedido do MP de prisão preventiva da acusada (fls. 43/45)

Decisão recebendo a denúncia e decretando a prisão preventiva da acusada (fls. 46)

Mandado de Prisão Preventiva (fls. 47)

Resposta à acusação pleiteando a realização de exame de sanidade mental (fls. 63).

Pesquisa dos antecedentes da acusada (fls. 68).

Alegações preliminares da defesa (fls. 71)

Deferimento de instauração do incidente de sanidade mental e rejeição da absolvição sumária (fls. 76)

Exame de insanidade mental concluindo que a pericianda, no momento do ato criminoso, era parcialmente capaz de compreender seu caráter ilícito, e de determinar-se de acordo com essa compreensão (fls. 94/97).

Petição do MP opinando pelo indeferimento da revogação da prisão preventiva da acusada (fls.120/121).

Decisão indeferindo o pedido da defesa (fls. 122).

Audiência de Instrução e Julgamento (fls. 138)

Em alegações finais, o Ministério Público requereu seja julgada procedente a pretensão punitiva estatal, condenando-se a acusada na forma pretendida na denúncia, sendo, após, substituída a pena privativa de liberdade pela medida de segurança de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, nos moldes do artigo 26, parágrafo único, c/c artigo 98, ambos do Código Penal (fls. 143/149).

Em alegações finais, a defesa da acusada pleiteou a absolvição da acusada quanto ao delito de tortura, bem como a perda imediata da guarda provisória já concedida à Sra. América, devendo a vítima ser entregue à senhora Maria Quitéria, avó da acusada (fls. 150/154).

É o relatório. Passo a decidir.

A denúncia imputa à acusada a prática do crime previsto no artigo 1º, II, c/c parágrafos terceiro e quarto, inciso II, da Lei nº. 9.455/97, na forma do artigo 71 do Código Penal, ambos do Código Penal.

A materialidade e autoria do crime de tortura foram suficientemente comprovadas através da própria confissão da acusada, bem como através de toda a prova oral e pericial colhida durante a instrução criminal.

A assistente social Tathiany Salgado de Oliveira, inquirida, disse que a ré chegou na delegacia



nervosa e chorando muito. Então disse que realizou o primeiro atendimento à ré, a qual pedia ajuda pois não aguentava mais bater na filha. Afirmou que diante dessa notícia, chamou o Conselho Tutelar e então chegou o Conselheiro Jayme e ele disse que talvez a vítima tivesse visto filmes pornográficos que eram assistidos pela ré e seu companheiro, e reproduzia os atos libidinosos, razão pela qual a ré ficava nervosa e batia na vítima. A assistente Tathiany disse ainda que a vítima chorava muito também dizendo que não queria que a mãe fosse presa. Sobre a quando teriam sido realizados os atos de tortura, a assistente disse que não sabia, mas que haviam feridas cicatrizadas. Ao final, respondeu à defesa que notava na ré transtorno psicológico evidente (depoimento em audiovisual - CD às fls. 142).

O depoimento da psicóloga Ana Alice Demétrio de Souza Netto foi no mesmo sentido do depoimento anterior da assistente social, corroborando a existência do crime sub judice: que teve conhecimento da tortura praticada contra a vítima pois trabalha na 2ª Vara da Infância e Juventude e lá eles acompanharam a vítima abrigada. Que a vítima chegou muito machucada ao abrigo e que permaneceu no abrigo nove meses, até voltar para Alagoas para residir com a Maria América. Disse que a criança corroborou os atos de tortura marcados em seu corpo e que sabia o porque a ré a torturava, afirmando como causa o fato de manipular suas partes íntimas. Por fim, disse ter dúvidas quanto a sanidade mental da ré (depoimento em audiovisual - CD às fls. 142).

Por fim, houve a confissão da acusada, em juízo, conforme depoimento em audiovisual (CD às fls. 142). Em interrogatório, afirmou a acusada que a vítima nasceu no Nordeste, em primeiro de agosto de 2005, mas que não sabe dizer quem é o pai da criança exatamente. Que em novembro deixou a vítima vivendo com a amiga Maria América para tentar melhorar a vida no Rio de Janeiro, mas que retornou ao Nordeste quando a vítima completou um ano, porém, logo depois, decidiu voltar ao Rio de Janeiro para continuar tentando melhorar de vida, permanecendo a vítima no Nordeste com Maria América. Afirmo que no Rio de Janeiro conheceu seu companheiro atual e teve um filho com ele, não conseguindo mais cumprir assiduamente com o envio de dinheiro para a vítima. Disse então que em agosto ou setembro de 2010 resolveu buscar a vítima para morar com ela e que nessa época a vítima possuía cinco anos de idade. Afirmo que no início estava tudo bem com a convivência entre elas, mas que depois descobriu que a vítima se tocava e isso a deixou nervosa. Disse então que primeiro tentou corrigir tal hábito com chineladas mas que depois perdeu o controle das agressões sobre a vítima. Afirmo que o Marido não estava em casa quando batia na filha ou quando estava, ele não a deixava fazer as agressões. Informo que as agressões perduraram por quatro ou cinco meses. Afirmo que não estava mais psicologicamente bem e então pediu ajuda primeiramente com a doná da casa onde morava, depois na Igreja e então se entregou para a polícia. Afirmo nunca mais ter visto a vítima, mas sabe que ela está sob a guarda de Maria América. Informo que está tomando remédio para depressão.

Desta forma, a prova oral produzida ao longo da instrução processual foi contundente em apontar a ré como autora do delito descrito na denúncia. Ademais, o exame de corpo de delito (fls. 19/20) juntamente com o parecer psicológico da vítima (fls. 37/41) e o exame de insanidade mental da acusada (fls. 94/97) corroboram substancialmente a autoria e materialidade da infração penal sub judice.

Assim, conforme se extrai da fundamentação supra, o crime de tortura, na forma continuada, restou devidamente configurado em todos os seus elementos.

No tocante à culpabilidade restou demonstrado nos autos que a acusada não era, ao tempo do fato, imputável, em que pese o laudo pericial afirmar o contrário.

De fato, como bem salientou o MP, o art. 182 do CPP estabelece que "o juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte." No caso em questão, está perfeitamente comprovado, através da prova colhida, que ela tinha consciência do caráter ilícito de seu comportamento, mas não era capaz de determinar-se de acordo com esse entendimento.



Estado do Rio de Janeiro Poder Judiciário  
Tribunal de Justiça  
Comarca da Capital  
Cartório da 29ª Vara Criminal  
Av. Erasmo Braga, 115 L II sala 804CEP: 20020-903 - Centro - Rio de Janeiro - RJ e-mail: cap29vcrl@tjrj.jus.br

A própria acusada procurou a polícia afirmando que não "aguentava mais bater na filha" e confessou que tinha perdido o controle sobre as agressões praticadas contra a mesma. Assim, ainda que não se tenha constatada nenhuma anormalidade no incidente de insanidade mental, deve ser reconhecido o fato de que a ré não estava conseguindo cessar as agressões contra a vítima, ainda que soubesse que aquela atitude não estava correta.

A hipótese, portanto, é de inimizabilidade, prevista no art. 26 do C.P.

Isto posto, ABSOLVO IMPROPRIAMENTE a acusada ROSINEIDE SOARES, na forma do art. 26, caput c/c 386, VI do CPP.

Aplico, na hipótese, a medida de segurança consistente na internação da ré em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos.

Sem custas.

Após o trânsito em julgado, exp.-se carta de sentença, com as comunicações de praxe e remeta-se os autos ao arquivo.

Anote-se para fins estatísticos e eleitorais.

P.R.I. e cumpra-se.

Rio de Janeiro, 03/10/2013.

**Maria Tereza Donatti - Juiz Titular**

Autos recebidos do MM. Dr. Juiz

Maria Tereza Donatti

Em 03/10/13



**Eliane N. Santos Dias**  
Chefe de Serventia Judicial  
de 1ª Instância  
Matr. 01/19.125

110  
MTDONATTI

MARIA TEREZA DONATTI:000019482 Assinado em 03/10/2013 14:34:08 Local: T.J.R.J.



## **ANEXO 3**



Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_  
\_\_\_/20\_\_\_.

Ofício:

Da: DEFENSORA PÚBLICA DA 20ª DP DO NÚCLEO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO.

Para: EXMO.SR. DIRETOR DA UNIDADE PENITENCIÁRIA/ PRESIDENTE DA COMISSÃO TÉCNICA DE CLASSIFICAÇÃO DO SEAP - \_\_\_

Assunto: **SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS**

<b>NOME:</b>
<b>RG:</b>

Prezado(a) Senhor(a),

Cumprimentando-o(a), honradamente, a Defensora Pública Titular da 20ª DP do NUSPEN serve-se deste comunicado oficial para, no uso de suas atribuições legais e constitucionais, SOLICITAR **Laudo de Avaliação Psicossocial (LAP)**, para fim de instruir pedido de desinternação a ser formulado pela Defensoria Pública, nos autos da ação de execução penal de medida de segurança que tramita em face da pessoa acima indicada.

O laudo de avaliação psicossocial substitui a desnecessária e ultrapassada perícia de cessação de periculosidade, pois a Lei 10.216/01 e a Recomendação CNJ n. 35 impõem análise no sentido de verificar se o objetivo da reinserção social do paciente está sendo alcançado. Para tanto, solicita sejam respondidos os seguintes quesitos:

- a. Há quanto tempo o paciente é acompanhado pela equipe técnica?
- b. Existe necessidade médica de internação nos moldes do art. 4º e 6º da Lei 10.216/01?
- c. Quais serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS) vêm sendo utilizados pelo paciente?
- d. Como foi a adesão do paciente ao tratamento?
- e. Onde reside o paciente? Mora só ou com familiares? Tem companheira? Tem filhos? Favor descrever os laços sociais e comunitários.
- f. O paciente faz uso de medicamentos? Quais?
- g. O paciente exerce atividade laborativa? Qual?
- h. O paciente recebe algum benefício previdenciário ou assistencial? Qual (ou quais)?
- i. Houve algum evento, durante o acompanhamento do paciente, que demonstrasse falha no tratamento a ele dispensado?
- j. A rede de atenção em saúde mental do município está em condições de continuar o acompanhamento do paciente independentemente da supervisão da equipe técnica assistente?
- k. Há outras informações que sejam relevantes para a análise da situação psicossocial do paciente? Favor indicar quais.

Aproveito a oportunidade para renovar sinceros protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

DEFENSORIA PÚBLICA GERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - NÚCLEO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO