

MEDIDA DE SEGURANÇA E O PAILI GOIÁS

SECURITY MEASURE AND PAILI GOIÁS

NATASHA GOMES MOREIRA ABREU
RANIELLY CAMILO DE OLIVEIRA MACHADO

RESUMO

Este trabalho teve como foco o estudo da medida de segurança e o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI), analisou-se a legislação vigente, a Política Antimanicomial, e teve como ponto de reflexão as violações de direitos humanos nos manicômios judiciários. Fruto da luta de movimentos sociais, entidades da sociedade civil, profissionais da saúde mental, a legislação de Reforma Psiquiátrica marcou a vedação de internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, tornando excepcional a internação. Nesse sentido, o PAILI surge como proposta de dar o atendimento humanizado e garantir os direitos fundamentais do paciente em conflito com a lei.

Palavras-chave: Garantias fundamentais. Inimputabilidade. Hospital de custódia.

ABSTRACT

This work focused on the study of the security measure and the Attention to the Crazy Offender Program (PAILI), the current legislation, the Anti-Asylum Policy, was analyzed, and the human rights violations in judicial asylums were considered as a point of reflection. As a result of the struggle of social movements, civil society entities, mental health professionals, the Psychiatric Reform legislation marked the prohibition of hospitalization of patients with mental disorders in institutions with asylum characteristics, making hospitalization exceptional. In this sense, PAILI appears as a proposal to provide humanized care and guarantee the fundamental rights of the patient in conflict with the law.

Keywords: Fundamental guarantees. Inimputability. Custody hospital.

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo do presente trabalho é a medida de segurança e os loucos infratores¹, objetiva-se analisar a legislação vigente que trata sobre a reforma dos famosos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs), mostrando a atual realidade dos HCTPs, e as violações ainda existentes, pois os “Loucos” infratores (oficialmente considerados pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás), por diversas vezes não recebem dentro dos HCTPs o devido tratamento, e sim uma punição.

Será abordado também sobre a medida de segurança, prevista no Código Penal vigente, e a existência do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), que teve início no Estado de Goiás e como o programa vem auxiliando no tratamento e reinserção dessas pessoas ao convívio social.

Ante o exposto, apresentamos o problema de nossa pesquisa, qual seja: A execução da medida de segurança de internação ocorre em conformidade com a Lei nº 10.216/2001 (Lei Antimanicomial) que em seu artigo 4º, § 3º aduz que os HCTPS não podem possuir caráter asilar?

O tema escolhido tem grande impacto não somente no mundo jurídico, como também em outras áreas distintas como da psicologia, assistência social e saúde. Tendo em vista que o Estado além do poder *Jus Puniendi*, tem o dever de zelar pela vida de seus custodiados, garantido a dignidade e um tratamento humanitário, o que não ocorre na prática com os hospitais de custódia e tratamento psicológico, já que por muitas vezes nestes hospitais faltam produtos de higiene e limpeza, profissionais da área de saúde, profissionais psiquiatras, assistente social, medicamentos, entre outros serviços essenciais para garantir o bem estar dos pacientes, contradizendo assim o exposto no artigo 4º, §2º da Lei nº 10.216/2001 (Lei Antimanicomial).

¹ A expressão “Louco Infrator” é utilizada oficialmente no Estado de Goiás, desde o ano de 2006, quando foi criada pelo Gabinete da Secretaria da Saúde, a Portaria nº 019/2006. Já no ano de 2009 especialistas emitiram parecer para Procuradoria dos Direitos dos Cidadãos do Ministério Público Federal (MPF), solicitando-se que fosse utilizada para se referir a pessoa com problemas mentais que cometeram algum delito a nomenclatura de “Pessoa Adulta Portadora De Transtorno Mental Em Conflito Com A Lei.” (Silva e Costa, 2013)

Chama-se a atenção à forma de tratamento ofertado dentro dos antigos manicômios judiciários, a impressão que se tem é que lá não se trata de um local, cuja finalidade é o tratamento, e sim que se trata de um presídio disfarçado, os pacientes em tratamento sofrem a todo o momento violações de direitos fundamentais, o que contrariava assim o previsto em nossa legislação vigente, motivo este que os manicômios judiciários passaram a serem chamados de hospitais de custódia e tratamento.

Um exemplo de violação de direito fundamental dentro dos antigos manicômios judiciários, aconteceu na cidade de Barbacena Minas Gerais, que no ano de 1903 inaugurou cerca de 07 (sete) manicômios judiciários, dentro destes estabelecimentos ocorriam constantemente torturas físicas e psicológicas, tratamento de choque e estupro eram constantes.

A metodologia adotada pelo trabalho é a bibliográfica. No primeiro aborda-se sobre a medida de segurança, seus aspectos históricos, logo depois, a Lei Antimanicomial nº 10.216/2001, bem como os principais pontos da reforma psiquiátrica no Brasil e direitos fundamentais das pessoas com transtorno mental e, por fim, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), com atenção voltada para o programa no estado de Goiás, bem como suas funções e um paralelo do PAILI – GO com outros estados.

1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA MEDIDA DE SEGURANÇA

A origem da medida de segurança é encontrada numa reação à Escola Clássica, ou seja, numa reação da sociedade ao aumento da criminalidade e, ao descrédito das concepções espiritualistas e metafísicas dessa Escola. Sendo assim, o nascer dessa nova forma de tratamento àquele que apresentava problemas em sua saúde mental é encontrada no despertar das ciências sociais e naturais e, na possibilidade de explicação dada aos fatos praticados pelos indivíduos doentes em sua saúde mental.

Devido a diferenças conceituais, os positivistas derogaram o termo “escola clássica” (MASSON, 2008, p. 61). O “Dos delitos e a punição” de Beccaria é a base da nova doutrina que defende a humanização do direito penal, o que é contrário ao castigo cruel praticado na época. Muitos estudiosos da época acreditavam que “a pena devia ser proporcional ao crime, levando em consideração a situação pessoal do infrator e o grau

de maldade e, o mais importante, dando às pessoas a impressão de ser eficaz no espírito humano. (Bitencourt, 2004, p. 32)

A escola era baseada nos seguintes princípios: tratar o crime como um conceito puramente legal, pois o crime não é um ato, mas sim um ato ilegal; somente indivíduos motivados pela liberdade podem ser responsabilizados, ou seja, as pessoas têm capacidade de autodeterminação; A retribuição é uma forma de restaurar as violações de ordens, o princípio da reserva legal é apenas um crime ilegal.

Para os clássicos, a punição é uma medida repressiva, dolorosa e pessoal que se aplica ao autor de um ato criminoso que tem a capacidade de querer e compreender. Os escritores clássicos referem-se ao direito penal Limitada aos extremos da punição atribuível e punitiva, a base fundamental da punição é o sentimento de culpa (Bitencourt, 2014, p. 102)

O positivismo apareceu no final do século XIX, e no início do século XX especialmente na Europa, quando pretendia transplantar métodos científicos estritos para a filosofia. À medida que se desenvolveu, teve impacto no âmbito da lei e teve consequências na ciência criminal. Portanto, esta escola conta com 3 influenciadores de destaque, são eles: Cesare Lombroso, Enrico Ferri e Garafalo Esta escola é responsável pela visão biológica do crime. As escolas do positivismo procuram entender como uma pessoa se torna criminoso e quais são os fatores que a cercam (internos e externos) que a tornam criminoso. Os influenciadores dessa escola têm opiniões diferentes. Segundo Molina (2006) “O positivismo é determinista, qualifica de ficção a liberdade social, ou no mero fato de se viver em comunidade”.

O primeiro Código a tratar das medidas de segurança foi o Penal Suíço de 1883. Nele, as medidas aplicáveis aos doentes em sua saúde mental tinham por finalidade a prevenção individual. O Código Penal Suíço de 1883 preceitua:

A internação dos multi-reincidentes, aplicada em substituição da sanção penal, assim como a previsão da internação facultativa em casa de trabalho e o asilo para ébrios contumazes, dentre outras significativas medidas. Seu artigo 40 prescrevia que, no caso de constatar a possibilidade de reincidência, mesmo após o cumprimento da pena, a autoridade federal poderia ordenar que tal pena fosse substituída pela internação do condenado em um estabelecimento adequado por um prazo de tempo que variava de dez a vinte anos. (Prado, 2005, p. 740)

Mascarenhas fala sobre as primeiras considerações sobre a medida de segurança no direito brasileiro, como sendo feitas por Sá Pereira em um projeto de Código Penal.

No Direito brasileiro, as primeiras considerações acerca da medida de segurança foram dadas por Sá Pereira, no projeto de Código Penal. No entanto, neste projeto, tais medidas denominavam-se de medidas de defesa social. A denominação medida de segurança passou a ser utilizada posteriormente, com as revisões feitas por Bulhões Pereira e Evaristo de Moraes ao projeto de Código Penal de Sá Pereira. (Mascarenhas, 2002, p. 15)

Como uma das formas de solucionar questões dessa natureza e, acompanhando toda a evolução da sociedade, temos as denominadas medidas de segurança, as quais têm origem no positivismo criminológico da Escola Positiva italiana, que surge em meados do século XIX. (Bianchini; Molina; Gomes, 2009, p. 88)

A Escola Positiva surgiu na metade final do século XIX, produzindo um encontro do Direito Penal com a metodologia científica, os principais autores desse movimento defendiam que o caráter dos indivíduos que cometiam algum delito, tinha relação com fatores antropológicos, sociológicos e condições sociais, os autores adeptos da escola positiva eram Ferri, Garofalo e Lombroso.

No ano de 1896 a medida de segurança foi abordada na lei portuguesa, no Código Penal Norueguês em 1902, no código Penal argentino em 1921 e em 1930 no código Penal Italiano.

A origem da medida de segurança é encontrada numa reação à Escola Clássica, ou seja, numa reação da sociedade ao aumento da criminalidade e, ao descrédito das concepções espiritualistas e metafísicas dessa Escola. Sendo assim, o nascer dessa nova forma de tratamento àquele que apresentava problemas em sua saúde mental é encontrada no despertar das ciências sociais e naturais e, na possibilidade de explicação dada aos fatos praticados pelos indivíduos doentes em sua saúde mental.

2 PENA E MEDIDA DE SEGURANÇA

As diferenças existentes entre a pena e a medida de segurança sempre foram analisadas pela doutrina. Tais diferenças tornam-se mais evidentes quando analisadas sob o fundamento de uma ou de outra medida, limite, sujeito e objetivo.

Sob o ponto de vista do fundamento, a pena baseia-se na culpabilidade do agente do fato delituoso e, a medida de segurança no grau de periculosidade desse agente. Nesse sentido, temos que a pena nada mais é do que “uma sanção imposta pelo Estado (pela autoridade judicial competente), quando necessária (para fins de repressão e de prevenção), de acordo com o devido processo legal, ao agente culpável de um fato punível”. (Gomes e Molina, 2010, p. 456)

A medida de segurança não tem em seu bojo qualquer conteúdo punitivo, mas sim preventivo, haja vista, que seu objetivo maior é o tratamento daquele que cometeu uma infração penal, sem ter consciência de sua ilicitude. Nesse sentido, tem a medida de segurança a intenção de proporcionar a cura daquele que apresenta problemas de ordem mental ou, sua readaptação à sociedade. Assim, a pena pode ser limitada pela gravidade do delito (injusto e culpabilidade) e, a medida de segurança pela intensidade da periculosidade evidenciada pelo sujeito ativo do ato ilícito.

Quanto ao sujeito, a pena aplica-se aos imputáveis e a medida de segurança aos inimputáveis e semi-imputáveis que apresentem necessidade de tratamento curativo ou preventivo. Segundo Prado (2006, p. 120-121), a imputabilidade “é o conjunto de condições de maturidade e sanidade mental que permitem ao agente conhecer o caráter ilícito do seu ato e determinar-se de acordo com esse entendimento”. Por este conceito, verifica-se que a capacidade deve ser verificada através da compreensão da ilicitude do fato e, sob a determinação da vontade, ou seja, atuar de acordo com a compreensão dessa ilicitude.

A inimputabilidade penal, pelo contrário, é a falta de sanidade mental ou a falta de maturidade mental, ou seja, o agente do fato delitivo pode ser aquele menor de 18 (dezoito) anos de idade, sendo, portanto, incapaz de ser culpável pelo Direito Penal.

A posição minoritária acerca da medida de segurança revela que ela é “uma forma de sanção penal, com caráter preventivo e curativo, visando evitar que o autor de um fato havido como infração penal, inimputável ou semi-imputável, mostrando periculosidade, torne a cometer outro injusto e receba tratamento adequado”. (Nucci, 2007, p. 479)

Por esta posição a medida de segurança tem cunho essencialmente assistencial ou curativo, sendo medida pedagógica e terapêutica, ainda que restrinja a liberdade de ir e vir do indivíduo.

É uma forma de pena, pois, sempre que se tira a liberdade de um homem, por uma conduta por ele praticada, na verdade o que existe é uma pena. Toda privação de liberdade por mais terapêutica que seja, para quem a sofre não deixa de ter um efeito penoso. Assim, pouco importa o nome dado e sim o efeito geral. (Nucci, 2007, P. 479)

Neste sentido, verifica-se que a medida de segurança é uma espécie de pena, pois o Estado reage à violação da norma praticada pelo agente inimputável ou semi-imputável, restringindo sua liberdade de ir e vir.

No entanto, a finalidade dessa forma de pena é essencialmente preventiva, como bem demonstra o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça:

PENAL. HABEAS CORPUS. FURTO PRIVILEGIADO. PRINCÍPIO DA INSIGNIFICÂNCIA QUE NÃO FOI EXAMINADO PELO TRIBUNAL A QUO – SUPRESSÃO DE INSTÂNCIA. MEDIDA DE INTERNAÇÃO QUE NÃO SE ADEQUA À NECESSIDADE SOCIAL NEM AO FIM CURATIVO ALMEJADO. CONDENAÇÃO QUE SE FOSSE EFETIVADA IMPLICARIA EM PENA DE DETENÇÃO. PACIENTE QUE SE ADEQUARIA MELHOR A TRATAMENTO REALIZADO EM MEIO LIVRE, COMO RECOMENDA HOJE A PSIQUIATRIA. ORDEM PARCIALMENTE CONHECIDA E NESTA EXTENSÃO CONCEDIDA.

Não se pode conhecer de matéria que não foi submetida ao Tribunal a quo, sob pena de supressão de instância. Paciente inimputável que, se condenado, ficaria sujeito à pena de detenção, pois é primário, de bons antecedentes, e o objeto furtado é de pequeno valor. A medida de segurança deve atender a dois interesses: a segurança social e principalmente ao interesse da obtenção da cura daquele a quem é imposta, ou a possibilidade de um tratamento que minimize os efeitos da doença mental, não implicando necessariamente em internação. Não se tratando de delito grave, mas necessitando o paciente de tratamento que o possibilite viver socialmente, sem oferecer risco para a sociedade e a si próprio, a melhor medida de segurança é o tratamento ambulatorial, em meio livre.

Ordem parcialmente conhecida e nesta extensão concedida, para permitir ao paciente o tratamento ambulatorial. (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça: HC 113016 / MS, Rel. Min. Jane Silva, 6.^a T., J. 18/11/2008, Dje 09/12/2008).

Pelo que se infere, a medida de segurança se ajusta ao grau de periculosidade do agente, uma vez que ela tem por finalidade obter a cura ou, a melhora da saúde mental do inimputável ou, do semi-imputável, questões que só podem ser alcançadas com a privação total ou parcial da liberdade de ir e vir deste agente ativo do fato ilícito.

Dessa forma, as penas são destinadas aos agentes ativos do delito que cometem fato típico, antijurídico e culpável e, a medida de segurança aplicada aos semi-imputáveis ou inimputáveis, ou seja, aos indivíduos que, conforme a parte final do art. 26 do Código Penal, eram “ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

A medida de segurança tendo por fundamento o sistema vicariante, ou seja, aos imputáveis somente é aplicada a pena e, aos inimputáveis ou semi-imputáveis a pena ou a medida de segurança. Conforme disposição do caput do art. 97 do Código Penal, “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”.

Pelo que se percebe ao agente que recebe medida de segurança são garantidos meios para a sua total reabilitação à sociedade, isso porque o internado tem direito a ser tratado em estabelecimentos com características hospitalares (CP, art. 99). Enfim, a lei penal garante tratamento em estabelecimentos preparados à completa recuperação da saúde mental do agente inimputável ou semi-imputável.

3 MEDIDA DE SEGURANÇA NA LEI DE EXECUÇÃO PENAL

A medida de segurança tem sua execução prevista nos Arts. 171 a 174 da Lei de Execução Penal, no entanto, em todo seu corpo, faz referência ao tratamento prioritário que os inimputáveis e semi-imputáveis devem receber do tratamento prioritário apresentado pela Lei n.º 7.210/84 expressa-se como um reflexo da dignidade da pessoa humana que deve nortear a execução de referida medida preventiva.

Isso porque, a medida de internação aplicada ao doente mental infrator deverá ser executada em estabelecimentos adequados, como hospital de custódia ou outros estabelecimentos equiparados a este, haja vista, seu fim, qual seja, a recuperação do agente infrator, sua reinserção social e familiar, finalidades essas, que só serão possíveis

se a execução da medida de segurança ocorrer em estabelecimentos adequados e tiver por finalidade o tratamento psicoterápico do agente.

Nesse sentido, conforme o item 158 da exposição de motivos da Lei de Execução Penal:

A pesquisa sobre a condição dos internados ou dos submetidos a tratamento ambulatorial deve ser estimulada com rigor científico e desvelo humano. O problema assume contornos dramáticos em relação aos internamentos que não raro ultrapassam os limites razoáveis de durabilidade, consumando, em alguns casos, a perpétua privação da liberdade.

Assim, toda medida de segurança deve ser executada em estabelecimentos adequados e, com limites razoáveis de durabilidade, sob pena dessa reprimenda estatal perder seu caráter curativo e tornar-se pena “*ad eternum*”.

Segundo disposição do art. 96 do Código Penal, existem duas espécies de medida de segurança, as quais são: a internação e o tratamento ambulatorial. Conforme a disposição do artigo em análise, temos que a primeira espécie de pena mencionada é a medida de segurança detentiva, a qual é obrigatória nos crimes apenados com pena de reclusão, consistindo na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou em estabelecimento adequado.

Nucci (2007, p. 480) revela que a “internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico é a obrigação de permanecer internado em hospital ou manicômio judiciário, sujeito a tratamento médico interno”. Essa espécie de medida de segurança implica na privação total da liberdade do agente ativo inimputável ou semi-imputável de determinado delito, haja vista, a necessidade de tratamento médico interno.

Já a segunda forma de medida de segurança é a restritiva, a qual é imposta aos agentes inimputáveis e semi-imputáveis apenados com detenção. Nucci (2007, p. 480) entende que o “tratamento ambulatorial é a submissão do sujeito a tratamento médico externo, ou seja, não necessita ficar internado, embora esteja obrigado a comparecer com relativa frequência ao médico”.

Se o crime praticado for punido com pena em regime de reclusão, o condenado será internado em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou outro estabelecimento adequado. Se o crime for punido pelo regime de detenção, a medida de segurança poderá ser cumprida mediante tratamento ambulatorial (art. 97, caput, segunda parte do Código Penal). Vale ressaltar também, que as condições pessoais do agente devem permitir a

aplicação da medida mais liberal, situação que deverá ser analisada pelo juiz competente e, por uma equipe multiprofissional, tendo em vista, a necessidade de fundamentação pela opção adotada pelo Magistrado. Todavia, há entendimentos de que o julgador tem a faculdade de em algumas situações, mesmo no caso de reclusão, optar pelo regime de tratamento ambulatorial considerando as circunstâncias pessoais do agente, bem como as circunstâncias que nortearam a prática delitiva.

A medida de segurança tem seu cumprimento iniciado após o trânsito em julgado da sentença penal condenatória, como bem preceituam os Arts. 171 e 172 da Lei de Execuções Penais:

Art. 171. Transitada em julgado a sentença que aplicar medida de segurança, será ordenada a expedição de guia para a execução.

Art. 172. Ninguém será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou submetido a tratamento ambulatorial, para cumprimento de medida de segurança, sem a guia expedida pela autoridade judiciária. (BRASIL, 1984, s/p)

Vale ressaltar que ninguém iniciará o cumprimento da medida de segurança imposta sem a respectiva guia expedida pela autoridade judiciária. Isso porque, a guia para a execução da medida de segurança serve como forma de identificação do condenado, do crime por ele praticado, bem como, prescreve o prazo mínimo de internação ou do tratamento ambulatorial, como bem prescreve o art. 173 da Lei n.º 7.210/84:

Art. 173. A guia de internamento ou de tratamento ambulatorial, extraída pelo escrivão, que a rubricará em todas as folhas e a subscreverá com o Juiz, será remetida à autoridade administrativa incumbida da execução e conterá:

I – A qualificação do agente e o número do registro geral do órgão oficial de identificação;

II – O inteiro teor da denúncia e da sentença que tiver aplicado a medida de segurança, bem como a certidão do trânsito em julgado;

III – a data em que terminará o prazo mínimo de internação, ou do tratamento ambulatorial;

IV – Outras peças do processo reputadas indispensáveis ao adequado tratamento ou internamento. (BRASIL, 1984, s/p)

Faz-se necessário consignar que o Ministério Público deve ser cientificado de todos os atos e procedimentos realizados durante a execução da medida de segurança, tendo em vista, que ao ter conhecimento dos atos de execução da pena, pode ele atuar como fiscal da execução da medida aplicada, atuando como fiscal da lei.

4 LEI ANTIMANICOMIAL N° 10.216/2001

A legislação de Reforma Psiquiátrica foi fruto de uma luta lançada no Brasil na década de 1970, que visava acabar com a cultura e traz casos emblemáticos de manicômios existentes até então de internação compulsória em manicômios. Conhecida também como a lei da Reforma Psiquiátrica, a lei n° 10.216/2001 surgiu com a finalidade de humanização dos anteriormente conhecidos como manicômios, e que após a vigência da lei passariam a ser chamados de Hospitais de Custódia. Sobre o tema Carvalho diz que:

A Lei n° 10.216/2001 inegavelmente muda o estatuto jurídico e a lógica do tratamento dos portadores de sofrimento psíquico no Brasil. A Lei da Reforma Psiquiátrica não apenas determina como diretriz central que sejam realizadas 19 políticas públicas de desinstitucionalização, como fixa como premissa o respeito à autonomia dos usuários do sistema de saúde mental. Assim, devem atuar como protagonistas na definição de sua terapêutica. Além disso, a Reforma Psiquiátrica procura alterar a linguagem que configurou historicamente a instituição manicomial, estabelecendo uma nova gramática nas práticas de internação. (Carvalho, 2013, p. 509)

O autor ainda menciona que a lei busca fazer a exposição sobre a finalidade que tem essas instituições, além de tratamento médico objetiva ressocializar o doente mental que cometeu algum delito.

Na década de 70 após várias internações involuntárias em clínicas com situações precárias² a luta era uma reforma psiquiátrica que garantisse aos pacientes seus direitos assegurados na legislação, e que o novo modelo que surgirá, superasse o atual modelo,

² [...] no período da ditadura militar, alguns psiquiatras e psicanalistas, em consonância com o governo, encontraram no louco uma grande fonte de lucro. O número de internações por neurose em hospitais psiquiátricos, que em 1965 era de 5.186, em 1970 passou para 18.932. No ano de 1975, esse valor se elevou para 70.383 e, em 1977, já estava em 200.000. Estima-se que, no período de 1950 a 1970, a população de doentes mentais tenha aumentado em 213%, enquanto o crescimento da população geral no Brasil foi de 82%. (Carvalho, 2013)

fazendo com que a reforma psiquiátrica se desse em duas fases, a serem comentadas: de meados de 1978 a 1991, como modelo de internação do paciente nos estabelecimentos psiquiátricos exclusivos; e a segunda, entre 1992 até os dias atuais, com o tratamento aos portadores de transtornos psíquicos pela implantação do serviço público de saúde e serviços extra hospitalares.

A Lei Antimanicomial oferece um tratamento digno, gratuito e humanitário aos seus pacientes, e faz referência a 03 (três) tipos de internações: voluntária, que é quando se tem o consentimento do paciente; involuntária, que ocorre a pedido de um terceiro; e compulsória, conforme preceitua o artigo 6º da referida lei, é determinada pela justiça.

No dia 6 de abril de 2001 foi promulgada pelo Governo Federal a Lei 10.216, a qual estipulou a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e mudou o modelo de atenção à saúde mental. O texto reflete o possível consenso a respeito da legislação nacional da reforma psiquiátrica no Brasil. Iniciou-se tomando como base um projeto original do deputado Paulo Delgado.

Com o objetivo de acabar com os manicômios, o projeto que originou a reforma psiquiátrica no Brasil, tinha como intuito fortalecer os laços entre família, sociedade e infrator, sem isolar o paciente do convívio social, obrigando assim o Estado a não construir e nem contratar serviços de hospitais psiquiátricos.

As internações seriam substituídas por atendimentos psicológicos, atividades alternativas de lazer, e tratamentos menos invasivos do que aqueles que eram dados, a família seria a responsável pela custódia do paciente.

5 DIREITOS FUNDAMENTAIS DA PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL

Os direitos fundamentais são aqueles que visam a garantia de uma vida digna e igualitária a todas as pessoas, por isso são direitos indispensáveis que estão previstos na nossa Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. A principal base e fundamento, são os princípios dos Direitos Humanos que asseguram a liberdade, vida, segurança, igualdade, educação, saúde, entre outros (Sarlet, 2003).

Dentro dos direitos fundamentais temos 03 (três) subdivisões em gerações, que também podem ser nomeadas de dimensões:

Os direitos de primeira geração realçam o princípio da liberdade. [...] caracterizam-se por impor ao Estado um dever de abstenção, de não fazer, de não interferência, de não intromissão no espaço de autodeterminação de cada indivíduo. São as chamadas liberdades individuais, que têm como foco a liberdade do homem individualmente considerado, sem nenhuma preocupação com as desigualdades sociais. Os direitos fundamentais de segunda geração correspondem aos direitos de participação, sendo realizados por intermédio da implementação de políticas e serviços públicos, exigindo do Estado prestações sociais, tais como saúde, educação, trabalho, habitação, previdência social, assistência social, entre outras. São, por isso, denominados direitos positivos, direitos do bem-estar, liberdades positivas ou direitos dos desamparados. Os direitos de terceira geração consagram os princípios da solidariedade e da fraternidade. São atribuídos genericamente a todas as formações sociais, protegendo interesses de titularidade coletiva ou difusa. São exemplos de direitos fundamentais de terceira dimensão, que assistem a todo o gênero humano, o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, à defesa do consumidor, à paz, à autodeterminação dos povos, ao patrimônio comum da humanidade, ao progresso e desenvolvimento, entre 9 outros. O Estado e a própria coletividade têm a especial incumbência de defender e preservar, em benefício das presentes e futuras gerações, esses direitos de titularidade coletiva e de caráter transindividual” (Paulo; Alexandrino, 2017, p. 98-99)

Desta forma interpretamos então os direitos fundamentais de Primeira geração como sendo a dignidade do doente mental, já os de Segunda geração podemos fazer uma interpretação como sendo relativos às políticas públicas voltadas para área da saúde, e os de Terceira geração visa evitar que voltemos aos modelos passados, e evita a aceitação de ações retrógradas. (Moraes, 2008; Paulo e Alexandrino, 2017)

Há alguns anos, as pessoas com transtornos mentais não eram consideradas como cidadãos e, por isso, eram excluídas da sociedade e submetidas à internação hospitalar. Mas a Constituição Federal de 1988 e o movimento da Reforma Sanitária abriram novos horizontes para essas pessoas³. A criação de um sistema universal de saúde e o reconhecimento do direito à saúde foi fundamental para que um novo olhar sobre o transtorno mental ganhasse espaço e respeito. Assim, o movimento da Reforma Psiquiátrica tanto afirmou o direito à saúde, quanto questionou a segregação, o controle

³ [...] direitos fundamentais são normas jurídicas, intimamente ligadas à ideia de dignidade da pessoa humana e de limitação do poder, positivadas no plano constitucional de determinado Estado Democrático de Direito, que, por sua importância axiológica, fundamentam e legitimam todo o ordenamento jurídico. (Marmelstein, 2009, p. 20).

e a exclusão em que viviam inúmeras pessoas com transtornos mentais, erroneamente chamadas de “loucas”.

Estão previstos na Lei 10.216/2001, a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, sendo vedada a distinção de raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, grau de gravidade ou tempo de evolução do transtorno, conforme preceitua o artigo 1º da lei em epígrafe, útil se faz acrescentar, que conforme o disposto no artigo 2º da legislação, entre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental estão:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.(BRASIL, 2001, s/p).

A autora Ricca (2020, p. 01) entende que a partir da Lei Antimanicomial, “é a forma que os tratamentos passaram a ser vistos como meio de reintegração social do paciente no convívio social”. Menciona ainda que a figura da internação deve ser utilizada em casos estritamente necessários dentro dos critérios previstos na referida lei e mediante decisão judicial, sendo “indicada quando os recursos extra-hospitalares são insuficientes, sendo proibido a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares”.

6 HOSPITAL COLÔNIA BARBACENA MINAS GERAIS (1960 e 1970)

O complexo manicomial no ano de 1903 ficou conhecido como Cidade dos Loucos foi fundado em 12 de outubro, na cidade de Barbacena em Minas Gerais, na época, a cidade ficou famosa por abrigar 19 (dezenove) dos 25 (vinte e cinco) manicômios. Segundo dados da OMS na época ocorriam quase cinco internações para cada grupo de mil pessoas. De acordo com a autora Daniela Arbex (2013, p. 31), “a cada duas consultas e meia, uma pessoa era hospitalizada”.

Nos primeiros 30 anos de funcionamento, no Hospital havia incentivo na produção agrícola, ganhando fama e sendo buscado por inúmeras famílias para a internação de seus parentes. Nos primeiros anos realmente ele foi conhecido como sendo um hospital que possuía tratamento humanizado (Orsi, 2013).

Segundo Arbex (2013), os recém-chegados eram levados ao setor de triagem onde eram separados por sexo, idade e características físicas. Seus pertences eram entregues, inclusive roupas e sapatos à força, e assim eram levados a banhos coletivos, geralmente gelados e prosseguiam para o corte de cabelo, onde os homens tinham cabelos raspados semelhantes a prisioneiros de guerra. Após a classificação e desinfecção, cada grupo recebia um uniforme chamado de “azulão” dada a sua cor azul escura e o material pesado que era confeccionado, e assim cada um seguia para o seu setor.

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs (Arbex, 2013, p. 2).

Com o passar dos anos, os coordenadores do Hospital Colônia de Barbacena foram perdendo o controle, devido a quantidade de pacientes que o local estava recebendo, e os recursos disponíveis foram escassos já que o local que seria destinado somente para àquelas pessoas com um laudo que comprovasse que era doente mental, foi recebendo epiléticos, homossexuais, prostitutas, pessoas, que de alguma maneira se tornaram incômodas aos olhos da sociedade à época. Quando começaram assim os tratamentos desumanos e as torturas. Com a superlotação José Consenso Filho, sugeriu que as camas fossem substituídas por capim, para que assim coubessem mais internos, em 1959 o poder público também recomendou aos outros hospitais que fizessem o mesmo. (Arbex, 2013)

Os pacientes chegavam aos hospitais de trens, vinham de todas as partes do Brasil e por diversas vezes nem sabiam o real motivo de estarem ali, ficavam amontoados em vagões, passando fome e frio, Daniela, 2013 afirma que “[...] ao receberem o passaporte para o hospital, os passageiros tinham sua humanidade confiscada”. (Arbex, 2013, p. 28)

Diversas mortes aconteceram naquele lugar, pode-se fazer uma estimativa de que foram mais de 60 mil mortos somente dentro do hospital, tirando aqueles que morriam e tinham seus corpos vendidos para faculdades de medicina ou eram derretidos em ácido no meio do pátio para que fossem comercializados seus ossos. No ano de 1979 o psiquiatra Italiano Franco Basaglia após visitar o Hospital Colônia de Barbacena, reuniu uma coletiva de imprensa e disse que, esteve num campo de concentração nazista, e que em lugar nenhum ou lugar do mundo, presenciou uma tragédia como aquela. (Arbex, 2013, p. 207).

Após a declaração feita por Franco Basaglia, o hospital foi fechado, no ano de 1980, desde então os profissionais da área da saúde mental e direitos humanos começaram a se manifestar. Em 1987 foi instituído o dia 18 de maio como Dia da Luta Antimanicomial, em 16 de agosto de 1996, o Museu da Loucura, o primeiro do país, objetivou a promoção de reflexões sobre o tema loucura, com uma abordagem desmistificadora.

Com a estimativa de que cerca de 60 mil pessoas haviam tido suas vidas ceifadas dentro do hospital, conseguimos compreender o motivo da autora Daniela Arbex, intitular seu livro como “Holocausto Brasileiro”, pois somente assim poderia ser demonstrado todo extermínio em massa que ocorreu na época.

7 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA EM UMA HISTÓRIA DA LOUCURA NO BRASIL (1954-1955)

Os ditos subversivos em Goiás foram manejados durante o processo de contemporaneidade vivenciado a partir dos anos de 1930 e consolidados por duas décadas sucessivas. Entretanto, o nexos entre o louco, a loucura e normalidade se dá de forma antagônica e violenta nos diversos aspectos históricos, no que tange essa dissertação o foco se dará no período do regime militar. É através dos estudos de um polonês radicado na guerra, Pawel Gutko e de seu envolvimento com o ex-governador Mauro Borges, que se procura desenvolver conclusões, frente às representações em torno do louco e da loucura no estado de Goiás através da sua própria micro-história. A partir de sua prisão,

tortura e internação durante o ano de 1964 após os militares tomarem o poder no Brasil vislumbra-se, nos diversos contextos que se formam com o passado, a construção dos padrões de comportamento considerados normais e anormais.

Na terceira década do século XX, o Estado de Goiás sofria com grandes impactos da revolução de 1930, o que vinha implicando em uma modificação de governantes e da estrutura política, a saúde mental começa a ser contemplada na segunda década do século XX com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental. Anos depois no governo de Getúlio Vargas é criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) dirigido pelo psiquiatra Adauto Botelho. (Amarante, 2015)

O Hospital Psiquiátrico Prof^o. Adauto Botelho representou e ainda representa para Goiânia um dos indícios de uma transformação cultural, para o estado, porém, para construir uma identidade moderna, o estado deveria desprender-se das amarras tradicionais, visto que a nova capital inaugurada nos anos de 1940 ainda mantinha aspectos provincianos.

Dessa forma, a inauguração do manicômio em Goiânia representou a possibilidade de categorizar os tipos urbanísticos. Inúmeras rupturas ocorreram ao longo do desenvolvimento da psiquiatria no que tange a representação de seu objeto, o que provocou modificações nos enunciados em torno do conceito de loucura. Da rejeição à interdição, da interdição à permissão, vários são os tipos que foram construídos pelo discurso psiquiátrico, dentro também de uma perspectiva de padronização dos comportamentos sociais, porém,

dir-se-á que, hoje, tudo isso acabou ou está em vias de desaparecer; que a palavra do louco não está mais do outro lado da separação; que ela não é mais nula e não-aceita; [...] Mas tanta atenção não prova que a velha separação não voga mais; basta pensar em todo o aparato de saber mediante o qual deciframos essa palavra; basta pensar em toda a rede de instituições que permite a alguém – médico, psicanalista – escutar essa palavra e que permite ao mesmo tempo ao paciente vir trazer, ou desesperadamente reter, suas pobres palavras. (Foucault, 2007, p. 13)

No ano de 1942 ainda não havia sido implementado a ideia de um Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, mas já existia a preocupação em construir um local para aqueles considerados loucos. O Nosocômio Psiquiátrico Adauto Botelho teve suas obras concluídas no ano de 1954, em Goiânia, a capital do estado de Goiás, o projeto

foi idealizado pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais, e coordenado pelo médico Adauto Botelho durante o governo Vargas, época em que foram criados um total de 8 hospitais em diferentes regiões do Brasil, a construção de um hospital para alienados em Goiás justifica-se por a psiquiatria ser parte de um saber médico que atua com eficácia na vida dos indivíduos, porém devido aos altos custos licitatórios que atrasaram a conclusão da obra por diversos anos, e o advento da Lei Antimanicomial, o hospital não chegou a ser ativado.

8 PROGRAMA ANTIMANICOMIAL (PAILI – GO)

Como toda inovação, o PAILI teve diversas dificuldades iniciais, principalmente em relação ao Poder Judiciário, já que alguns juízes e promotores se negavam a se desprender das regras anteriormente utilizadas, mas não somente os juízes e promotores se recusaram a adequar as novas regras, algumas clínicas psiquiátricas se recusaram em receber os pacientes do PAILI como pacientes comuns, com o aproveitamento de leitos custeados pelo Sistema Único de Saúde.

Em 1996 através foi instaurado inquérito civil público com o objetivo de se realizar o levantamento dos casos de pessoas submetidas à medida de segurança que se encontravam recolhidas no Centro Penitenciário de Atividades Industriais do Estado de Goiás (CEPAIGO), era a denominação da penitenciária estadual à época. Durante tal estudo foi constatado quase 30 (trinta) homens com algum tipo de transtornos psiquiátricos severos e que estavam presos há vários anos, décadas até. (Da Silva, 2014)

No ano de 1999, através de um incidente previsto no art. 185 da LEP, chamado de “Incidente de Excesso de Execução”, ocorreu a existência de um embate jurídico, perante a Vara da Execução Penal de Goiânia (VEP) e em forma de recurso interposto pelo Ministério Público perante o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. Ensejando assim duas decisões históricas e de grande valia para o processo de inicialização do PAILI-GO, a primeira decisão foi proferida pela VEP no ano de 1999, tal decisão vedava o ingresso de novos pacientes submetidos à medida de segurança na penitenciária; e a segunda proferida no ano 2000 pelo Tribunal de Justiça, determinou a soltura daqueles pacientes psiquiátricos que se encontravam com prisões ilegais. (Da Silva, 2014)

Apesar de importantes significados, as decisões não foram capazes de solucionar a problemática existente, tendo em vista que as sentenças não paravam de ser proferidas a todo momento com a imposição de medidas de segurança a outros pacientes.

Então como forma de tentar amenizar tal situação, iniciou-se a construção do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que, fora concluído em 2001, mas teve sua utilização embargada administrativamente pelo Ministério Público do Estado de Goiás, após provocação do Conselho Regional de Psicologia, devido a arquitetura inadequada, entre outros fatores.

Ensejando assim na criação de um novo projeto, sob os cuidados do Ministério Público, com participação de entidades relacionadas com as políticas de saúde mental em Goiás. Ocorre então, que a obra, edificada em área inadequada, nas imediações do lixão de Trindade, não pode ser ocupada por conta da insalubridade e da não observância das regras pertinentes à instalação de uma unidade hospitalar. Resultando assim em mais uma frustração do propósito de se ter um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico em Goiás. (Da Silva, 2014)

Após dois anos sem qualquer destinação, aquela construção foi aproveitada em 2008 como estabelecimento prisional do regime semiaberto. Entretanto, a partir da normativa acarretada pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001), abriu-se espaço para o redesenho da execução das medidas de segurança, agora não mais regulada com exclusividade pela legislação penal.

Ante a nova legislação, das iniciativas do Ministério Público e do trabalho das entidades ligadas à saúde mental, particularmente do Fórum Goiano de Saúde Mental e do Conselho Regional de Psicologia, o Estado de Goiás institui o PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, mas ainda sem uma conformação jurídica, e a estrutura capaz de suprir às necessidades da execução das medidas de segurança.

Em momento inicial, o PAILI surge com o propósito de fazer um levantamento das medidas de segurança em execução no Estado de Goiás, embora introversa a proposta inicial, não deixou de ser um bom começo, pois, realizado o levantamento dos dados e elaborados os relatórios correspondentes, o Programa não poderia simplesmente ser dissolvido. Iniciou-se assim o trabalho articulado pela Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia para o redimensionamento do PAILI, no sentido de atribuir-se-lhe a responsabilidade pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás. Para tanto se fez imprescindível o diálogo com diversas instituições públicas (Secretarias de Estado

da Saúde e da Justiça, Tribunal de Justiça, Procuradoria Geral de Justiça, Secretaria da Saúde do Município de Goiânia) e as clínicas psiquiátricas instaladas em Goiânia, conveniadas ao SUS. (Da Silva, 2014)

O argumento apresentado foi “se a medida de segurança não tem caráter punitivo – e de direito não tem – a sua feição terapêutica deve preponderar.” Fazendo assim que tal discussão deixasse de ser exclusivamente sob o prisma da segurança pública, mas que fosse assim acolhida definitivamente pelos serviços de saúde pública. (Da Silva, 2014)

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator iniciou-se no Estado oficialmente no dia 26 de outubro de 2006, através de solenidade realizada no auditório do Fórum de Goiânia, a função idealizada pelo Ministério Público do Estado de Goiás, à qual aderiram os diversos órgãos que naquela data subscreveram o histórico ato de implementação do PAILI.

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI-GO), teve uma iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Goiás com a supervisão integral da política médica, juntamente com a população e demais instituições é uma medida governamental para resolver uma questão espinhosa: medidas de segurança, cujo destino costuma ser a internação por tempo indeterminado, foi criado no Estado de Goiás com a finalidade de dar o devido tratamento ao louco infrator, o programa visa trabalhar não somente com o paciente internado, como também com sua família, para que possa recebê-lo novamente ao seio familiar.

De acordo com a Lei Penal (artigo 26), se o sujeito sofre de doença mental ou retardo mental ou atraso e, portanto, não consegue compreender a ilegalidade dos fatos no momento do crime ou determinar-se com base nesse entendimento, diz-se que ele é inimputável, ou seja, incapaz de ser responsabilizado penalmente. Aos inimputáveis não cabe a aplicação da lei penal, mas sim a medida de segurança, que em conformidade com a Lei Antimanicomial tem caráter terapêutico ao invés de punitivo.

Porém, levando-se em consideração a imprevisibilidade do comportamento e o risco de pessoas com transtornos mentais que cometem infrações, a sentença do juiz para medidas de segurança geralmente não se refere a tratamento ambulatorial ou hospitalar, mas sim à prisão perpétua (Gonçalves, 2008).

O PAILI-GO foi inspirado em outro programa vinculado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais, o “Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário” (PAIPJ-MG), apesar de ambos defenderem o bem-estar do louco infrator, a nomenclatura

utilizada é diferente, pois temos no PAIPJ-MG a figura do paciente sendo referida como “paciente judiciário” enquanto no PAILI-GO, “louco infrator”.

Além da interdisciplinaridade, o PAILI-GO também tem o compromisso de fortalecer outros princípios do SUS: integralidade, priorizando o atendimento comunitário próximo à residência e não próximo ao hospital e isolamento, priorizando medidas de segurança em ambulatório e não em hospitais; intersetorial, mediando à relação do usuário com outras instâncias governamentais além do setor Saúde, tais como o Ministério Público.

Com a criação da Lei Antimanicomial os manicômios judiciários foram declarados inconstitucionais, pois em seu artigo 4º, §3º expressamente veda instituições destinadas a tratamento de pessoas com transtorno mental com caráter asilares.

Papel decisivo na capacidade da população aprender a superar o ‘argumento circular’ da práxis de convívio cotidiano relacionada a pacientes judiciários – argumento no qual imprevisibilidade e periculosidade são entendidas como intrínsecas ao comportamento do paciente judiciário: o louco é perigoso porque é louco e deve ser privado de liberdade porque é perigoso. (Cirqueira, 2011, p. 104)

O PAILI juntamente com os CAPS, vêm realizando um trabalho ético e social em saúde mental. O modelo assistencial em saúde mental estabelecido pela Lei n. 10.216/2001 alcança todas as hipóteses de internação psiquiátrica, inclusive aquela determinada pela Justiça, caso em que é chamada de internação compulsória:

Art. 6º. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (BRASIL,2001, s/p).

Ao submeter o agente inimputável ou semi-imputável à medida de segurança, deve o juiz dar preferência ao tratamento ambulatorial, somente determinando a internação quando “os recursos extra-hospitalares forem insuficientes” (art. 4º, caput).

Entretanto, não havendo recursos extra-hospitalares suficientes e uma vez determinada pelo juiz a internação, esta deve obedecer aos limites definidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, sendo obrigatoriamente precedida de “laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (art. 6º, caput), vedada a internação, mesmo quando imposta como medida de segurança, sem a recomendação médica de sua real necessidade. Em qualquer caso, o tratamento visará como finalidade permanente a reinclusão do paciente ao seu meio social (art. 4º, § 1º).

A humanização do atendimento é regra absoluta, devendo o tratamento em regime de internação ser estruturado no sentido de oferecer assistência integral à pessoa com transtorno mental, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (art. 4º, § 2º). Por outro lado, a Lei 10.216/2001 elimina a possibilidade de internação em manicômio judiciário ao vedar expressamente a internação em instituições com características asilares e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º da mesma Lei (art. 4º, § 3º).

Nota-se que o PAILI, diferentemente dos manicômios judiciários, visa o real tratamento dos infratores e a garantia da dignidade da pessoa humana.

O PAILI deixa claro a natureza não punitiva da execução das medidas de segurança, restabelecendo o foco no tratamento do paciente e na sua inclusão à família e ao meio social. Há muita desinformação em matéria de medida de segurança, mesmo entre profissionais do Direito, o que leva a uma impressão equivocada de que a decisão judicial que a impõe significa alguma forma de condenação ou castigo.

O PAILI não apenas supervisiona o tratamento ofertado ao paciente nas clínicas psiquiátricas, mas, ao mesmo tempo, faz a mediação entre o paciente e o juiz, como um canal direto de comunicação que favorece o acesso permanente e rápido à Justiça.

O antigo modelo, fundamentado exclusivamente na legislação penal, acabava por se tornar, o abandono do doente mental em manicômios ou em locais impróprios, principalmente prisões, sem qualquer possibilidade ou com extrema dificuldade de acesso ao juiz da execução penal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo inicial desta pesquisa foi analisar se a execução da medida de segurança de internação ocorre em conformidade com a Lei nº 10.216/2001 (Lei

Antimanicomial) que em seu artigo 4º, § 3º aduz que os HCTPS não podem possuir caráter asilar.

Após vários estudos, concluiu-se que hoje em dia realmente os HCTPS seguem o que determina a legislação, após árduas e incansáveis lutas para conseguir que a pessoa com algum tipo de distúrbio mental que venha a cometer algum ilícito, seja tratada de maneira humanitária, sem humilhações e torturas, fora de um estabelecimento prisional, que essa pessoa não se torne um prisioneiro, e sim um paciente, finalmente a luta chega ao fim. No Estado de Goiás o PAILI vem mostrando que é possível sim tratar uma pessoa com dignidade e assecuramento de garantias fundamentais.

Desde sua criação o PAILI-GO visa o acolhimento da demanda judicial dos casos do louco infrator, auxílio na avaliação jurídica, clínica e psicossocial, acompanhando caso a caso, realizando a mediação entre o ato jurídico, a saúde e a sociedade até a cessação de sua relação com a justiça, visando a não reincidência e sua reinserção social. O programa também auxilia na inclusão do círculo sociofamiliar do paciente judiciário, trabalhando com a família os vínculos para retorno ao lar, prestando apoio e esclarecimento.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial (4a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

AMARANTE, P. Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil (2a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015

ARBEX, D. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração, 2013. Disponível em: <https://super.abril.com.br/mundo-estranho/o-que-foi-a-tragedia-do-hospital-colonia-de-barbacena/>. Acesso em: 02 jul 2024.

ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BITENCOURT, Cezar Roberto. Código Penal comentado. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

DA SILVA, Haroldo Caetano. Sobre violência, prisões e manicômios. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, p. 201, 2014.

GOMES, Karolliny Nardino et al. Entre a “loucura” e a “normalidade”: proposição de um material didático referente a história do hospital colônia de Barbacena e as discussões atuais a respeito da diversidade. 2017. Disponível em: http://tede.unioeste.br/bitstream/tede/3361/5/Karolliny_Gomes2017.pdf. Acesso em: 02 jul 2024.

GOMES, Luiz Flávio; MAZZUOLI, Valério de Oliveira. Comentários à Convenção Americana sobre Direitos Humanos. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

GOMES, Luiz Flávio; MOLINA, Antônio García-Pablos de. Direito Penal: parte geral. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

GRECO, Rogério. Curso de Direito Penal: parte geral. 10. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2008.

MASCARENHAS, Márcia de Oliveira. A Transformação da Medida de Segurança em Prisão Perpétua. Goiânia, UCG, 2002.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. Direito constitucional descomplicado. 16. ed. São Paulo: Método, 2017.

PERON, Paula Regina. A trágica história do Hospital Psiquiátrico Colônia. Psicologia Revista, v. 22, n. 2, p. 261-267, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/17993>. Acesso em: 02 jul 2024.

SARLETE, Ingo Wolfgang. A eficácia dos Direitos Fundamentais. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

SILVA, Martinho; COSTA-MOURA, Renata. De “louco infrator” a “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”: sobre categorias governamentais e processos de vulnerabilização. Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares, v. 15, n. 2, 2013.