



SÉRIE PENSANDO O DIREITO

Nº 35/ 2011 – versão publicação

Medidas de Segurança Loucura e direito penal:
uma análise crítica das Medidas de Segurança
Convocação n. 001/2010

Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

COORDENAÇÃO

Debora Diniz
Janaína Penalva

PESQUISADORES

Wederson Rufino dos Santos (redação)
Fabiana Paranhos
Julia de Albuquerque Pacheco
Luciana Stoimenoff

ASSISTENTES

Ana Paula Damasceno
Bruna Santos
Leonardo Lage
Seânio Sales

Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça (SAL)

Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Edifício Sede – 4º andar, sala 434
CEP: 70064-900 – Brasília – DF
www.mj.gov.br/sal
e-mail: sal@mj.gov.br



Secretaria de
Assuntos Legislativos

Ministério da
Justiça



CARTA DE APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL

Quatro anos após o lançamento do projeto Pensando o Direito, a Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça (SAL/MJ) traz a público oito novas pesquisas para que toda a sociedade conheça mais sobre aspectos diretamente ligados às leis e normas vigentes no Brasil. Esta publicação consolida os resultados das pesquisas realizadas pelas instituições selecionadas na Convocação 001/2010 do Projeto Pensando o Direito

A cada lançamento de novas pesquisas, a SAL renova sua aposta no sucesso do projeto Pensando o Direito, lançado em 2007 com o objetivo de qualificar e democratizar o processo de elaboração legislativa. Com essa iniciativa, a SAL inovou sua política legislativa ao abrir espaços para a sociedade participar do processo de discussão e aprimoramento do ordenamento normativo do país. Isso tem sido feito pelo fortalecimento do diálogo, principalmente, com a academia jurídica, a partir da formação de grupos multidisciplinares que desenvolvem pesquisas de escopo empírico, como estas aqui apresentadas.

A inclusão do conhecimento jurídico de ponta na agenda legislativa tem estimulado tanto a academia a produzir e conhecer mais sobre o processo legislativo, quanto qualificado o trabalho da SAL e de seus parceiros. Essa forma de conduzir o debate sobre as leis contribui para o fortalecimento de uma política legislativa democrática e permite levantar argumentos mais fundamentados e convincentes para apresentá-los ao Congresso Nacional, ao governo e à opinião pública.

O Pensado o Direito consolidou, desse modo, um novo modelo de participação social para a Administração Pública. Por essa razão, em abril de 2011, o projeto foi premiado pela 15ª edição do Concurso de Inovação da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP).

No contexto da democratização do processo de elaboração legislativa, os resultados das pesquisas do Pensando o Direito fazem parte de uma série de publicações. A série, que leva o mesmo nome do projeto, é lançada ao final das pesquisas como compromisso de transparência e de disseminação das informações produzidas.

O presente caderno faz parte do conjunto de publicações em versões resumidas que reúnem os volumes 32 a 40 da Série Pensando o Direito. A versão integral de cada uma das 40 pesquisas já realizadas até o momento pode ser acessada no sitio eletrônico da Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça, em www.mj.gov.br/sal.

Brasília, novembro de 2011.

Marivaldo de Castro Pereira

Secretario de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça

APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

Medida de segurança é a sanção penal aplicável aos inimputáveis ou semi-imputáveis por motivo de transtorno, doença ou deficiência mental, de acordo com o Código Penal Brasileiro de 1940. As medidas de segurança são aplicadas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), também conhecidos como manicômios judiciários, ou em Alas de Tratamento Psiquiátrico localizadas em presídios comuns, em estados que não possuam HCTPs.

Quando a perícia psiquiátrica comprova a insanidade mental no momento do crime e o juiz acata o resultado pericial, a lei indica que a sentença deverá aplicar medida de segurança ambulatorial ou de internação. A internação e tratamento ambulatorial serão por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada a cessação de periculosidade por uma perícia médica e com o prazo mínimo de tratamento de um a três anos.

O objetivo do estudo *Loucura e direito penal: uma análise crítica das medidas de segurança* foi o de analisar a execução das medidas de segurança nos estados da Bahia, Goiás e Minas Gerais. Minas Gerais possui três HCTPs nas cidades de Barbacena, Juiz de Fora e Ribeirão das Neves. Bahia possui apenas um HCTP na capital Salvador. Enquanto que Goiás não possui nem HCTP nem Ala de Tratamento Psiquiátrico e a aplicação das medidas de segurança ocorre em meio aberto em um programa específico sob responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

A pesquisa consistiu em uma análise documental dos *dossiês* das 228 medidas de segurança dos estados da Bahia e Minas Gerais e das 163 medidas de segurança do estado de Goiás. Por meio do levantamento de dados sócio-demográficos, de diagnósticos e do percurso penal das pessoas em medidas de segurança nos três estados, o estudo buscou analisar a aplicação da ação penal para inimputáveis e semi-imputáveis por insanidade mental à luz das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, presentes na Lei 10.216 de 2001.

A Lei 10.216 cria condições jurídicas e de aparato normativo às políticas públicas de assistência em saúde capazes de atender às particularidades das pessoas em

sofrimento mental e tem sido cada vez mais apontada como uma possibilidade para orientar a aplicação às sentenças de medidas de segurança como uma alternativa à internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Janaína Penalva

Diretora

Anis. Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

ANIS. Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

SÉRIE PENSANDO O DIREITO

1

Relatório de Pesquisa apresentado ao Ministério da Justiça/ PNUD, no projeto “Pensando o Direito”, Referência PRODOC BRA 07/004

BRASÍLIA

DEZEMBRO DE 2010

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO11

II. METODOLOGIA15

III. MEDIDAS DE SEGURANÇA NA BAHIA E EM MINAS GERAIS....20

III.1. A LEI 10.216 E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA....29

III.2. PERFIL DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA CUJOS CRIMES SÃO CONTRA
CÔNJUGES OU MEMBROS DA FAMÍLIA....31

III.3. OS CRIMES E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA....33

III.4. PERFIL PSIQUIÁTRICO DA POPULAÇÃO EM MEDIDAS DE
SEGURANÇA...35

IV. MEDIDAS DE SEGURANÇA EM GOIÁS36

IV.1. BREVE HISTÓRICO DO PAÍLI....36

VI.2. PERFIL DA POPULAÇÃO EM MEDIDA DE SEGURANÇA NO ESTADO DE
GOIÁS....41

VI.3. A CONSTITUCIONALIDADE DA MEDIDA DE SEGURANÇA...47

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS48

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS....49

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve o objetivo de analisar a execução das medidas de segurança para pessoas com doença, transtorno ou deficiência mental que cometeram crimes. Medida de segurança é a sanção penal aplicável aos inimputáveis ou semi-imputáveis por motivo de transtorno, doença ou deficiência mental, de acordo com o Código Penal Brasileiro (CPB) de 1940 (Brasil, 1940). Perícias psiquiátricas indicam aos juízes a comprovação de que o sofrimento mental do indivíduo, no momento do crime, o impediu de compreender a ilicitude do ato ou o impediu de determinar-se frente à compreensão. Se a perícia psiquiátrica comprova a insanidade mental no momento do crime e o juiz acata o resultado pericial, a lei indica que a sentença deverá aplicar medida de segurança ambulatorial ou de internação. A internação e tratamento ambulatorial serão por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada a cessação de periculosidade por uma perícia médica e com o prazo mínimo de tratamento de um a três anos (Brasil, 1940; 1984). O objetivo geral da pesquisa foi o de realizar um estudo comparativo de aplicação das medidas de segurança de internamento nos estados da Bahia, Goiás e Minas Gerais, de forma a apresentar evidências que permitam impulsionar uma revisão da legislação penal à luz das garantias constitucionais e dos direitos fundamentais.

As medidas de segurança são aplicadas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), também conhecidos como manicômios judiciários, ou em Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATP) localizadas em presídios comuns, em estados que não possuam HCTPs. O Brasil possui 23 HCTPs e 3 ATPs em 20 unidades federativas diferentes. Os estados do Acre, Amapá, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não possuem nem HCTPs nem ATPs, o que leva as pessoas em medidas de segurança a cumprirem a sentença em delegacias e em presídios comuns nestes estados. No entanto, sobre as medidas de segurança nos seis estados sem HCTPs e ATPs, não há registros de dados oficiais nem de estudos sobre quantas são e como se dá aplicação das medidas de segurança nestas situações. O estado de Goiás não possui nem HCTP nem ATP, mas as pessoas cumprem as medidas de segurança de internamento em liberdade, em um programa diferenciado sob responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde (Silva, 2010). Segundo informações do Ministério da Justiça e do Departamento Penitenciário

Nacional (DEPEN), estima-se que mais de quatro mil pessoas vivam nos 23 HCTPs e nas 3 ATPs em todo o país (Brasil, 2010).

A dupla característica sobre os HCTPs, como instituições de assistência em saúde e como instituições de segurança pública, as torna emblemáticas do ponto de vista das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil nos últimos anos, que prevê o atendimento às pessoas com doença ou transtorno mental preferencialmente em serviços de assistência em saúde em meio aberto, ou seja, não asilares (Carrara, 2010; Menezes, 2005). Se, por um lado, as medidas de segurança para pessoas em sofrimento mental são definidas pelo Código Penal, lei aprovada antes do marco constitucional de 1988, por outro, nos anos 1990 e 2000 um novo paradigma de atenção em saúde mental foi implementado no Brasil, inclusive, no patamar legal. Além disso, diversas mudanças ocorreram a respeito da assistência em saúde às pessoas com transtornos, doenças e deficiências mentais e da assistência em saúde à população carcerária (Lougou, 2006; Brasil, 2004; Brasil, 2001). O universo invisibilizado pela compreensão estigmatizante que se faz do louco infrator torna urgente a necessidade de se avaliar como têm sido executadas as medidas de segurança no país e se tem ocorrido aproximação com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das garantias constitucionais nela expressas. Por meio de um estudo de caso em três estados, este relatório contém dados relacionados à Bahia e Minas Gerais, estados que possuem HCTPs e do estado de Goiás que tem um programa específico de aplicação das medidas de segurança em meio aberto por não possuir HCTP nem ATP no estado.

O estado de Goiás possui uma peculiaridade na aplicação das medidas de

segurança. Desde 2003, a aplicação das medidas de segurança de internamento ocorre, não por meio de internação em manicômios judiciários, mas em serviços substitutivos previstos pela lei da Reforma Psiquiátrica integrados ao Programa de Atenção Integral ao Louco-Infrator (Paili) (Silva, 2010). O Paili foi inspirado em outro programa semelhante, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), do estado de Minas Gerais, ligado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais que atende os pacientes em medidas de segurança residentes na capital Belo Horizonte e em algumas outras cidades do estado (Barros-Brisset, 2010; Silva, 2010). Embora os programas pertençam a instituições distintas – o Paili à Secretaria de Estado de Saúde e o PAI-PJ de Minas Gerais ligado ao Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais – os programas se assemelham nos objetivos, isto é, no cuidado em liberdade, possível por meio do acompanhamento terapêutico da aplicação das medidas de segurança, inserindo os pacientes em serviços assistenciais de saúde abertos de acordo com a lei da Reforma Psiquiátrica (Silva, 2010). Dentre outras características, o Paili se difere do programa PAI-PJ, de Minas Gerais, pelo fato de este estado ainda possuir HCTPs (nas cidades de Ribeirão das Neves, Juiz de Fora e Barbacena), ao passo que o estado Goiás não possui HCTP (Barros-Brisset, 2010; Silva, 2010).

De acordo com o paradigma de atenção psicossocial expresso na lei 10.216, a Lei da Reforma Psiquiátrica, a atenção psiquiátrica deve ser estruturada de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais e de lazer em meio aberto (Luchmann, 2007). Esse novo modelo, quando comparado ao tratamento que também é finalidade na aplicação das medidas de segurança, lança perguntas sobre o quanto a execução penal das medidas de segurança respeita as garantias constitucionais de individualização da pena, proibição de pena perpétua, enfim, respeito aos direitos fundamentais das pessoas em sofrimento mental no país, tendo por marco da Reforma Psiquiátrica (Silva, 2007). Em 2004, pela influência da Lei 10.216 de 2001, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) estabeleceu por meio da Resolução n.º 5 que as medidas de segurança passariam a ser executadas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico tendo a lei antimanicomial como diretriz orientadora (Brasil, 2004). Segundo a Resolução, “a atenção prestada aos pacientes inimputáveis deverá seguir um programa individualizado de tratamento, concebido por equipe multidisciplinar que contemple ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e seja voltado

para a reintegração sócio-familiar” (p.2, 2004). Além disso, naqueles estados onde não houvesse HCTPs, os pacientes deveriam ser tratados na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em julho de 2010, o mesmo CNPCP publicou a Resolução n.º 4 ampliando a incorporação das diretrizes da Lei 10.216 para orientar a aplicação das medidas de segurança em todo o país (Brasil, 2010b). Nesta Resolução recente, o cumprimento das medidas de segurança deverá ocorrer “de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto” (p. 2, 2010). É a partir dessa compreensão que sinaliza um novo marco de atenção às pessoas em sofrimento mental, com a possibilidade de o cumprimento das medidas de segurança ocorrer em meio aberto, que este relatório se impulsiona. Por meio de um estudo de caso em três estados brasileiros, a análise dos dados ocorreu com o objetivo de perceber como a execução das medidas de segurança tem dialogado com as diretrizes da lei da Reforma Psiquiátrica, visando à proteção dos direitos fundamentais das pessoas com doença, transtorno ou deficiência mental. Uma das grandes carências no debate político sobre a justiça das medidas de segurança é a ausência de dados confiáveis sobre a realidade das leis, normas, políticas e práticas que regem os HCTPs no país.

Nesse sentido, o objetivo deste relatório é apresentar os principais resultados sobre o perfil da população em medida de segurança nos estados da Bahia, Goiás e Minas Gerais. O relatório está dividido em quatro partes, além desta introdução. A primeira parte descreve qual foi a metodologia de trabalho de campo, coleta e análise dos dados. Em um segundo momento são apresentados os principais dados relativos à população de pacientes que cumprem medidas de segurança nos HCTPs da Bahia e Minas Gerais. Na terceira parte, o relatório apresenta os resultados da aplicação das medidas de segurança no estado de Goiás, em uma análise comparativa aos dois estados anteriores. Por último, o relatório apresenta os resultados conclusivos que apontam para proposições sobre a aplicação das medidas de segurança para pessoas em sofrimento mental no país de acordo com o marco constitucional e dos direitos humanos.

2. METODOLOGIA

Esta foi uma pesquisa de ciências sociais aplicadas com uso da técnica de estudo de caso por método comparativo (Richardson, 2005). O objeto de pesquisa são as medidas de segurança, a população-alvo são os pacientes internados nos HCTPs em medida de segurança de internamento e a unidade de análise é a aplicação das medidas de segurança nos estados da Bahia, Goiás e Minas Gerais. A pesquisa fez uso de técnicas sequenciais de recuperação e análise de dados, sendo que a fase de pesquisa genealógica documental nacional sobre leis, normas e políticas e a recuperação da literatura científica relacionadas às medidas de segurança antecedeu a análise em profundidade dos dados nos *dossiês* dos pacientes dos HCTPs. A técnica sequencial é também conhecida como método misto de recuperação e análise de dados, sendo a estratégia mais adequada para as pesquisas de cunho exploratório e descritivo de fenômenos de larga magnitude, como é o objeto deste plano de trabalho (Creswell, 2007).

A coleta de dados ocorreu nos *dossiês* dos pacientes que contém informações dos processos judiciais, de execução das medidas de segurança e informações biomédicas¹. Estes *dossiês* possuem nomes diferentes em cada unidade, como pastas de informações, processos, prontuários jurídicos, arquivos, entre outros. A metodologia desta pesquisa foi composta por sete etapas distintas, são elas: 1. recuperação e revisão da literatura científica brasileira sobre medidas de segurança, em particular no campo jurídico e da saúde mental; 2. elaboração do instrumento de coleta de dados, que consistiu em um formulário eletrônico com 32 questões de coleta de informações dos *dossiês* dos pacientes em medidas de segurança; 3. trabalho de campo presencial para coleta de dados em cada unidade da Bahia, Goiás e Minas Gerais; 4. análise dos dados à luz do marco referencial resultante da análise da literatura nacional e testagem das hipóteses; 5. análise em profundidade dos *dossiês* a fim de avaliar o impacto da Lei 10.216; 6. análise do programa Paili por meio de entrevistas com os componentes e criadores do programa, além de análise dos *dossiês* dos pacientes atendidos pelo programa e 7. elaboração dos relatórios parciais e finais com as conclusões do estudo.

Os estados da Bahia, Goiás e Minas Gerais foram escolhidos por atingirem regiões

diferentes do país e em razão de Minas Gerais ser referência na assistência em saúde às pessoas em sofrimento mental conforme as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, nos últimos anos, e, ainda assim, possuir uma população cumprindo medidas de segurança das maiores do país. Por sua vez, o estado da Bahia possui uma das maiores coberturas de leitos psiquiátricos e hospitais psiquiátricos da região Nordeste, com uma população em medida de segurança também significativa (Brasil, 2010c). Já o estado de Goiás foi incluído por possuir uma política distinta de aplicação e acompanhamento das medidas de segurança: o estado não possui HCTP nem ATP e todos os pacientes em medida de segurança serem atendidos em serviços substitutivos, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), residências terapêuticas e clínicas de curta internação, além de residir com familiares. Além disso, as unidades da Bahia e Minas Gerais possuem um grande número de pacientes negros e pardos e são hospitais mistos, o que permitiu analisar os dados censitários à luz de variáveis como raça e sexo. Ambos os estados subordinam os HCTPs à política de segurança pública e no estado de Goiás as medidas de segurança são acompanhadas pelo programa Paili de responsabilidade da Secretaria de Saúde do estado. Por fim, a caracterização do estado de Goiás como modalidade específica de aplicação das medidas de segurança permitiu que assumira a posição de unidade de controle para a análise dos dados sobre a influência das diretrizes da Reforma Psiquiátrica para o dispositivo das medidas de segurança.

A primeira fase da pesquisa consistiu no levantamento bibliográfico da literatura científica brasileira sobre medidas de segurança, em particular no campo jurídico e da saúde mental. As bases de dados pesquisadas foram as seguintes: 1. a Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), biblioteca eletrônica aberta que abrange coleção selecionada dos principais periódicos científicos brasileiros e latino-americanos; 2. a Biblioteca Virtual BIREME que abrange coleção selecionada dos principais periódicos brasileiros e latino-americanos em saúde; 3. os periódicos científicos confiáveis da área do Direito que não fazem parte do SciELO; 4. publicações sobre a temática na plataforma Lattes dos autores que publicam sobre o tema, uma vez que o Direito é uma área com pouca indexação de seus periódicos ou disponibilização dos periódicos na Biblioteca Virtual SciELO; 5. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT); 6. Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e 7. acervo dos livros depositados na Fundação Biblioteca Nacional. O levantamento bibliográfico

foi realizado por um cientista da informação com larga experiência nesse tipo de busca de produção científica e todos os dados levantados foram armazenados no *software* de gerenciamento de referências bibliográficas *EndNote*.

A busca resultou em 442 referências entre artigos científicos, teses, dissertações, livros e capítulos dos livros, das quais 162 documentos foram recuperados, analisados e estudados pelo grupo de pesquisa. Do total de 162 referências estudadas, 54 foram classificadas como com evidência empírica sobre as medidas de segurança e 108 foram classificadas como sem evidência empírica. Esse levantamento da literatura nacional apresentou evidências importantes tanto das questões analíticas lançadas no debate brasileiro sobre a constitucionalidade da medida de segurança, quanto aos estudos empíricos já desenvolvidos sobre o tema e seus principais achados. Os estudos levantados serviram para auxiliar na testagem das hipóteses e na construção de categorias analíticas que permitiram a análise dos dados. Das 162 referências bibliográficas levantadas, poucos foram os trabalhos que abordaram a questão da constitucionalidade das medidas de segurança de forma explícita ou como objeto principal: quatro deles discutiram especificamente esta questão. Destes, três sustentam a inconstitucionalidade das medidas de segurança: duas dissertações de mestrado, ambas com evidências empíricas, uma da área do Direito (defendida em 2009) e a outra da área das Ciências Sociais (defendida em 2010) e um parecer ao Conselho Federal de Psicologia, de 2005, inscrito na área do Direito. O outro trabalho sustenta, através de evidências empíricas, a constitucionalidade das medidas de segurança: um artigo da área do Direito publicado em 2006. Em uma seção adiante, a questão da constitucionalidade das medidas de segurança será analisada à luz do debate científico e jurídico presente na literatura nacional.

A técnica de pesquisa escolhida para o estudo sobre as medidas de segurança nos três estados foi a análise documental dos *dossiês* dos pacientes dos HCTPs da Bahia e Minas Gerais e dos pacientes atendidos pelo programa Paili de Goiás. Foi possível ter acesso a dados e informações do perfil da população para um estudo em profundidade dos *dossiês* dos pacientes dos HCTPs, sendo possível levantar as informações sócio-demográficas, de saúde e jurídicas dos pacientes. O estado da Bahia possui apenas um HCTP na cidade de Salvador, enquanto Minas Gerais possui três HCTPs, sendo um na cidade de Juiz de Fora, um na cidade de Barbacena e outro na cidade de Ribeirão das Neves, região metropolitana de Belo Horizonte. A população total dos HCTPs na Bahia

e Minas Gerais é de 479 pessoas, das quais 228 cumprem em medida de segurança. Enquanto que no estado de Goiás, 163 pessoas em medidas de segurança são atualmente atendidas pelo programa Paili.

O levantamento de dados nos *dossiês* foi feito presencialmente em cada unidade de HCTP por quatro pesquisadores previamente treinados e portando um instrumento eletrônico em um *netbook* para coleta de dados. O instrumento foi elaborado pela coordenadora e supervisor desta pesquisa, tendo as informações a serem coletadas nos *dossiês* previamente definidas. A elaboração do instrumento de coleta de dados contou com uma fase de pré-teste realizado no primeiro dia de coleta de dados no HCTP de Salvador. Após aperfeiçoamentos, o instrumento foi validado. O pré-teste foi fundamental também para ser possível estimar o tempo a ser utilizado para estudo de cada *dossiê*, com o objetivo de estabelecer o cronograma do trabalho de levantamento de dados nos dois estados. Os pesquisadores permaneceram nas unidades de HCTP ininterruptamente até finalizar o estudo de todos os *dossiês* da unidade. Os pesquisadores que realizaram o trabalho de campo fazem parte da equipe de pesquisadores da Anis com larga experiência em coleta de dados em pesquisa documental e, além disso, foram treinadas, sobretudo, tendo como referencial a composição das peças que compõem os *dossiês* dos HCTPs, os termos jurídicos e de saúde mental componentes dos *dossiês*.

Para conhecer o programa Paili de Goiás, além da análise dos *dossiês* dos pacientes em medidas de segurança, foram realizadas duas entrevistas na cidade de Goiânia, capital do estado, nos dias 04 e 05 de novembro de 2010. Cada entrevista teve duração aproximada de 80 minutos. O questionário foi elaborado com 28 perguntas, estas englobavam questões gerais sobre características do programa, bem como questões sobre o histórico e funcionamento do mesmo. As perguntas foram organizadas pela equipe de pesquisa do projeto e revisadas pelo coordenador da mesma. No dia 04 de novembro foi realizada a entrevista com o promotor e idealizador do Paili, enfocamos perguntas a respeito do surgimento do Programa bem como a respeito dos trâmites legais acerca do funcionamento do mesmo. No dia 05 de novembro realizou-se a entrevista com a coordenadora do Paili, para focar aspectos sobre a característica da equipe e funcionamento técnico do Programa. Apesar de apenas um questionário ter sido elaborado, nem todas as perguntas foram respondidas por ambos os entrevistados. Cada entrevista foi transcrita por um pesquisador, onde foram necessários aproximadamente

8 horas para a transcrição de cada entrevista.

Após o trabalho de campo, teve início a fase de análise dos dados. Os dados podem ser agrupados em três tipos de informações: sócio-demográficas, de saúde e jurídicas. Essa fase consistiu em uma análise de conteúdo dos *dossiês* a fim de realizar um levantamento de como as sentenças que aplicaram medida de segurança nos estados da Bahia e Minas Gerais incorporam os princípios da Lei 10.216. Além disso, foram levantadas informações sobre os pacientes em *longa internação*. Este projeto entende medidas de segurança de longa internação como aquelas que a pessoa em medida de segurança está internada em um prazo superior à metade do prazo máximo definido em decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em 2009. Isto é, como o STF delimitou o prazo de 30 anos como período máximo de internação, significa que o projeto considerou medidas de segurança de longa internação como todas aquelas iguais ou superiores a quinze anos. O documentário *A Casa dos Mortos*, produzido pela Anis em 2009, mostrou que há casos de internos do HCTP da Bahia em situações que ultrapassam os trinta anos, o que implica em descumprimento da decisão do STF (Diniz, 2009). Ou seja, indivíduos com laudo de cessação de periculosidade, porém ainda internados, podem revelar exemplos de ausência de políticas públicas de assistência a essa população que extrapolam as atribuições das medidas de segurança, do HCTP e do sistema prisional.

O levantamento dos dados relacionados a esse cenário pode trazer novidades para o debate brasileiro sobre as medidas de segurança, uma vez que a literatura brasileira sobre o tema é marcada pela ausência de evidências para demonstrar como as medidas de segurança vêm sendo executadas no país, embora haja estudos que demonstrem a inconstitucionalidade do CP nesse ponto. Os dados foram registrados e armazenados no programa *Access 2007*, para posterior geração de relatórios de frequências e cruzamentos. Logo após, teve início a fase em que os dados foram analisados e agrupados em categorias analíticas. A análise dos dados com a finalidade de elaboração dos resultados conclusivos se desdobrou em duas tarefas principais: 1. demonstração por meio dos dados levantados nos *dossiês* dos pacientes dos HCTPs que os princípios instituídos pela Lei 10.216 para o tratamento em saúde mental não foram incorporados ao sistema penal e, em especial, à aplicação e execução das medidas de segurança nos estados da Bahia e Minas Gerais; e 2. comprovação da inconstitucionalidade das medidas de segurança, a partir do estudo de sua execução nos estados da Bahia, Minas Gerais. Por meio do

cruzamento e triangulação das informações relacionadas ao 1. perfil sócio-demográfico, de diagnósticos e delitos da população dos quatro HCTPs estudados na Bahia e Minas Gerais e do programa Paili de Goiás e 2. dos casos de internação de longa internação, foi possível estabelecer um mapa da constitucionalidade das medidas de segurança nos três estados. O objetivo ao final foi demonstrar por meio de evidências seguras e inéditas na literatura brasileira casos de não-incorporação das diretrizes estabelecidas pela Lei n. 10.216 ao sistema penal e, em especial, à execução das medidas de segurança.

Esta foi uma pesquisa do tipo qualitativa e a técnica utilizada para análise dos dados foi a teoria fundamentada (Strauss, 2008). Por teoria fundamentada entende-se a técnica ancorada na formulação de teoria a partir dos dados levantados no estudo. Neste método qualitativo, coleta de dados, análise e teoria mantêm uma completa conjugação que deve estruturar as diferentes fases da pesquisa, desde o desenho do instrumento até o momento final da apresentação dos resultados (Strauss, 2008).

III. MEDIDAS DE SEGURANÇA NA BAHIA E EM MINAS GERAIS

Nos estados da Bahia e de Minas Gerais, foram levantadas 228 medidas de segurança nos meses de julho, agosto e setembro de 2010 que estão em HCTP nas cidades de Salvador na Bahia e em Juiz de Fora, Barbacena e Ribeirão das Neves em Minas Gerais. Nas quatro unidades visitadas, a população interna total era de 479 pessoas, cujos motivos de internação no HCTP variam desde para internação para realizar laudo de sanidade mental, presença na instituição para tratamento ambulatorial e psiquiátrico quando o sentenciado veio de presídio após surto, internamento por decisão judicial, além do cumprimento das medidas de segurança.

Foi possível levantar quantas medidas de segurança se configuram como de longa internação. Foram destacados todos os *dossiês* em que as pessoas estão internadas em HCTPs em um período superior a quinze anos, totalizando 57 *dossiês*. Sobre o período máximo para internação, o Supremo Tribunal Federal (STF) já se manifestou em diversas

ocasiões, declarando que “a medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos”(STF, 2009), prazo fixado pelo art. 75 do Código Penal. Foi considerado período de longa internação todos aqueles casos que estão em HCTPs em um período superior à metade do período máximo compreendido pelo STF, ou seja, quinze anos para cumprimento da medida. O objetivo do destaque aos longos internamentos foi levantar informações sobre a execução das medidas de segurança que acabaram por resultar na longa duração. A distribuição do total de pacientes dos HCTPs em medidas de segurança e daqueles em longa internação por unidade é a seguinte:

Tabela 1 – População nos HCTP de Barbacena, Juiz de Fora, Ribeirão das Neves e Salvador, em medida de segurança e em longa internação

Cidade da Unidade de HCP	População total	População em medida de segurança	Medidas de segurança de longa internação
Barbacena	169	131 (57%)	40 (70%)
Juiz de Fora	67	7 (3%)	0 (0%)
Ribeirão da Neves	102	27 (12%)	7 (12%)
Salvador	141	63 (28%)	10 (18%)
Total	479	228 (100%)	57 (100%)

Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

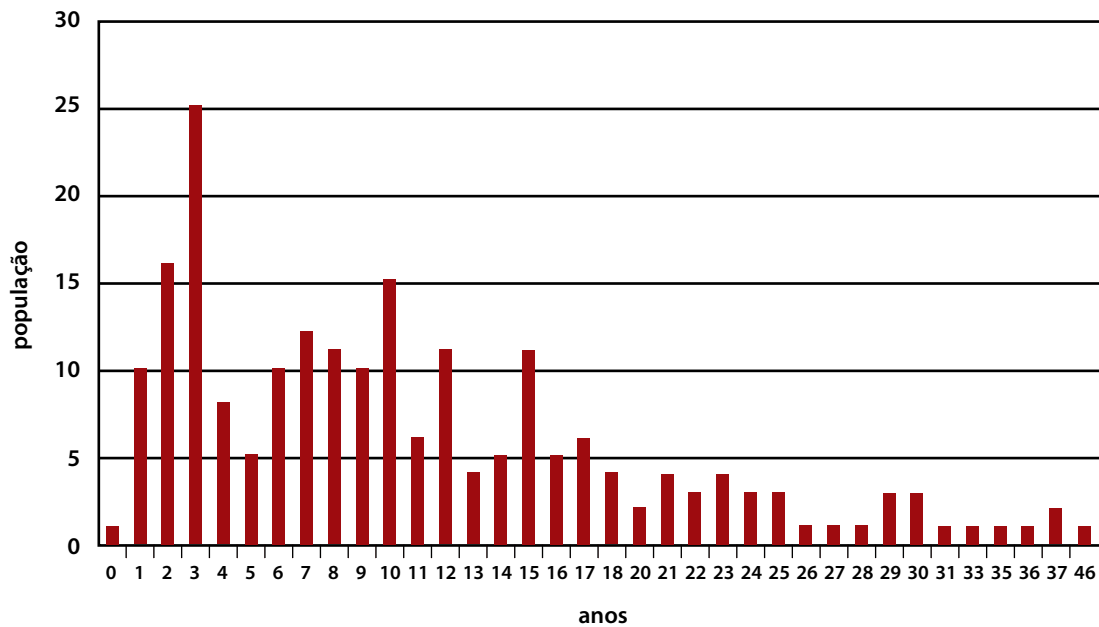
Minas Gerais possui uma população cumprindo medida de segurança em HCTPs quase três vezes maior que a da Bahia. A população total do HCTP de Salvador é equivalente à população em medida de segurança de uma das unidades mais tradicionais de HCTP do país localizado em Minas Gerais, o Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz da cidade de Barbacena. Além disso, o fato de Minas Gerais contar com mais de uma unidade de hospital de custódia para receber as pessoas em transtorno mental que cometem crimes foi possível criar perfis diferenciados de atendimento de cada unidade. Por exemplo, o Hospital de Toxicômanos Padre Wilson da Costa, em Juiz de Fora, tem nos últimos anos diminuído a internação de pacientes em medida de segurança para se dedicar ao tratamento dos presidiários que fazem uso de substâncias psicoativas ilícitas. Ao passo que a unidade de Ribeirão das Neves, na região metropolitana de Belo Horizonte, que também recebe pacientes em medida de segurança, tem-se especializado à realização de perícias psiquiátricas judiciárias, o que fez também diminuir consideravelmente o

Esta pesquisa reflete as opiniões de seus autores e não a do Ministério da Justiça

número de pacientes em medidas de segurança nos últimos anos. É esta disposição dos perfis das unidades de hospitais de custódia em Minas Gerais que faz a população do HCTP de Barbacena seja constituída em sua maioria (70%) por pacientes em medida de segurança.

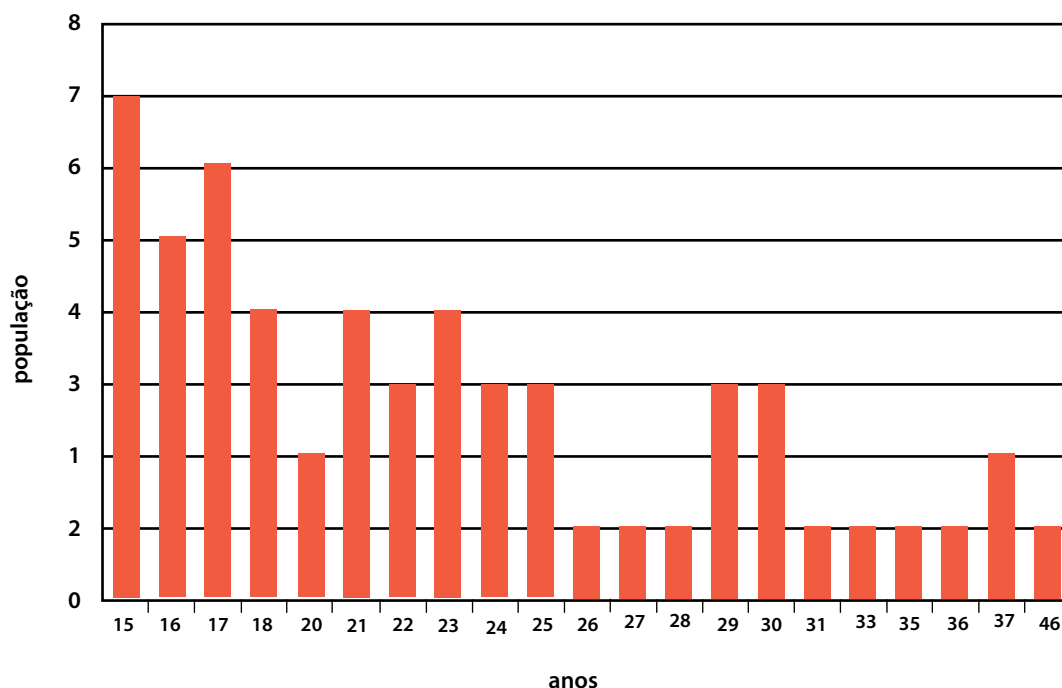
Abaixo, as figuras demonstram o tempo de internação dos pacientes nas unidades estudadas: uma com o total de medidas de segurança e a outra somente dos casos considerados de longa internação:

Gráfico 1 – Tempo de Internação



Fonte: *Lucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010

Gráfico 2 – Tempo de Internação em longa duração



Fonte: *Lucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010

Além do alto número de pessoas em longa internação, pois 25% das medidas de segurança estão nesta situação, temos 10 casos de internação com mais de trinta anos, ou seja, além do período considerado máximo pelo STF para permanência de uma pessoa em HCTP. Esta situação demonstra como a execução das medidas de segurança em HCTPs pode resultar em situações de inconstitucionalidade. Muitos fatores podem explicar a longa internação dos pacientes no cumprimento da medida de segurança, como as informações de vulnerabilidade social da população e a cronificação da doença que reduz as possibilidades de reinserção social, em razão da ausência de políticas públicas de assistência social e de saúde. O CNPCP tem tentado sinalizar tal situação para propor aperfeiçoamentos à política desde 2004, com a Resolução n.º 4 e n.º 5 do CNPCP (Brasil, 2004; Brasil, 2010b). A Resolução n.º 4 afirma que “os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (...), com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar, deverão ser objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, beneficiados com bolsas de incentivo à desinternação e inseridos em serviços residenciais terapêuticos” (p.3, 2004). No entanto, há desafios para a implementação de tais ações quando se contrasta aos dados encontrados neste estudo.

A figura a frente indica o sexo dos pacientes em medida de segurança nos estados da Bahia e Minas Gerais:

Tabela 2 – Sexo dos pacientes de Salvador, Juiz de Fora, Ribeirão das Neves e Barbacena em medidas de segurança e em longa internação

Sexo	Total das Medidas de Segurança	Medidas de segurança em Longa internação
Feminino	26 (11%)	3 (5%)
Masculino	202 (89%)	54 (95%)
Total	228 (100%)	57 (100%)

Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

Tanto os pacientes em medidas de segurança quanto aqueles em medidas de segurança consideradas de longa internação possuem uma maior concentração masculina e não há diferença quando comparados os estados da Bahia e Minas Gerais.

Tabela 3 – Situação Conjugal dos pacientes de Salvador, Juiz de Fora, Ribeirão das Neves e Barbacena em medida de segurança e em longa internação

Situação conjugal	Total das Medidas de Segurança	Medidas de segurança em longa internação
Casado, juntado ou em união civil	24(10%)	4 (7%)
Divorciado	13 (6%)	0 (0%)
Sem informação	1 (0%)	0 (0%)
Solteiro	184 (81%)	52 (91%)
Viúvo	6 (3%)	1 (2%)
Total	228 (100%)	57 (100%)

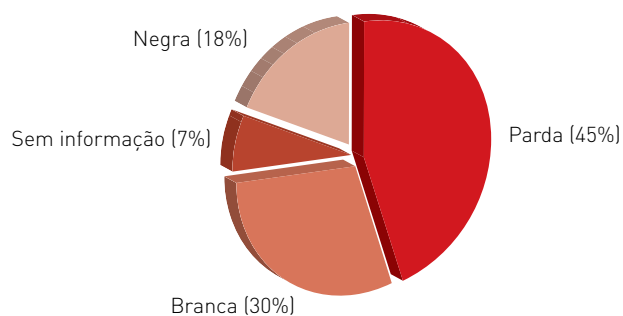
Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

Há uma grande concentração de solteiros entre os pacientes em medida de segurança, o que somado aos viúvos e divorciados totaliza 90% das pessoas em medida de segurança que não estão em alguma relação de conjugalidade ou de união estável. Este perfil, quando observados os *dossiês* de pacientes em medida de segurança que estão nos HCTPs há mais de quinze anos atinge 93%. Este dado sobre a população em medida de

segurança pode indicar duas situações, mas que em alguma medida se complementam. A primeira é que de fato a maioria da população em medida de segurança pode ser uma população com predominância de solteiros. Por outro lado, é comum a população pobre não ter relação de conjugalidade formal, o que poderia explicar a atribuição nos registros da situação “solteiro” mesmo para aqueles casos de pessoas que vivem em uniões duradouras sem registro.

Outras duas características dos pacientes em medida de segurança dos pacientes que estão em longa internação são as informações relacionadas à cor da pele e informações sobre anos de escolaridade.

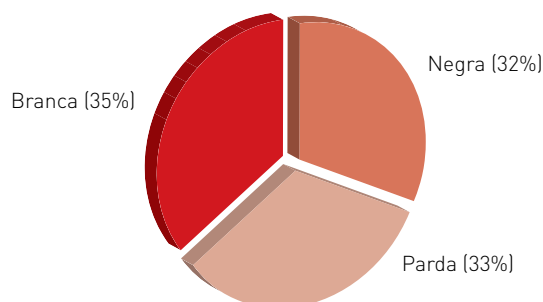
Gráfico 3 – Cor da pele dos Pacientes em Medidas de Segurança



Fonte: *Lucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010

Das 228 pessoas em medida de segurança nos estados da Bahia e Minas Gerais, 30% eram brancos e 63% eram pretos ou pardos. O percentual de pretos e pardos quando avaliadas as medidas de segurança de longa internação é de 65% das pessoas, como demonstra o Gráfico 4:

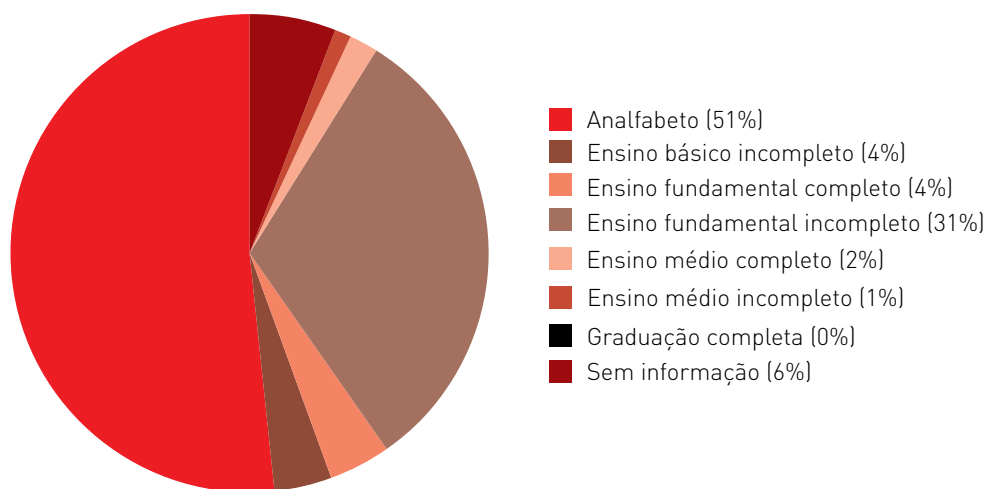
Gráfico 4 – Cor da pele dos Pacientes em Medidas de Segurança de Longa internação



Fonte: *Lucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010

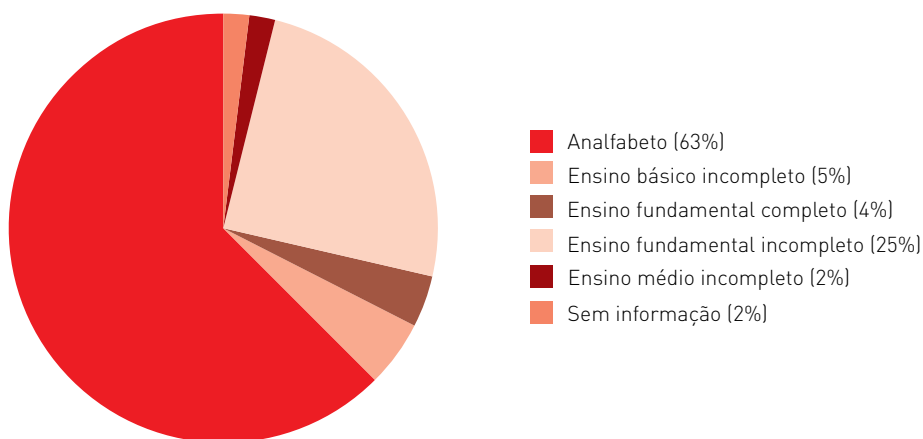
Sobre a escolaridade das pessoas em medida de segurança (Gráficos 5 e 6), os dados revelam o perfil de vulnerabilidade social dessa população. Dos pacientes em medida de segurança, 51% da população era analfabeta e 31% tinha menos de oito anos de estudos. Como outro importante fator de vulnerabilidade social da população em medida de segurança, o percentual de analfabetos da população em longa internação sobe para 63%.

Gráfico 5 - Escolaridade da População em Medida de Segurança



Fonte: *Lucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010

Gráfico 6 - Escolaridade da População em Medidas de Segurança de Longa internação



Fonte: *Lucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010

Se somarmos o número de analfabetos ao número de pacientes que receberam apenas oito anos de estudo, o percentual da população com nenhuma ou apenas os anos

iniciais de escolarização é de 68% dos pacientes em longa internação. Estudos no Brasil nos últimos anos demonstram que uma sociedade discriminatória em função de cor da pele pode explicar desigualdades sociais de renda, de oportunidades e de ocupação das pessoas no mercado de trabalho ((Henriques, 2001; Osório, 2009; Soares et. al, 2005). Os dados relativos à cor da pele e anos de escolaridade da população em medida de segurança apontam para o grau de vulnerabilidade social dessa população. Mas, apesar de haver um maior número de pessoas com baixa escolaridade entre aqueles em longa internação, não é possível estabelecer relação entre anos de escolaridade e permanência do indivíduo no HCTP. Estudos posteriores podem investigar tal relação caso sejam capazes de isolar uma ou mais variáveis presentes no fenômeno.

Os dados a seguir demonstram a profissão das pessoas em medida de segurança. É possível concluir que a quase totalidade das pessoas em medida de segurança não tem formação profissional ou estão inseridos em ocupações que exigem pouca ou nenhuma formação técnica ou de escolarização. As pessoas em medida de segurança de longa internação também apresentam o mesmo perfil de inserção profissional com baixa qualificação, serviços autônomos e sem nível de técnico e educacional de formação:

Tabela 4 – Profissão dos Pacientes em Medida de Segurança

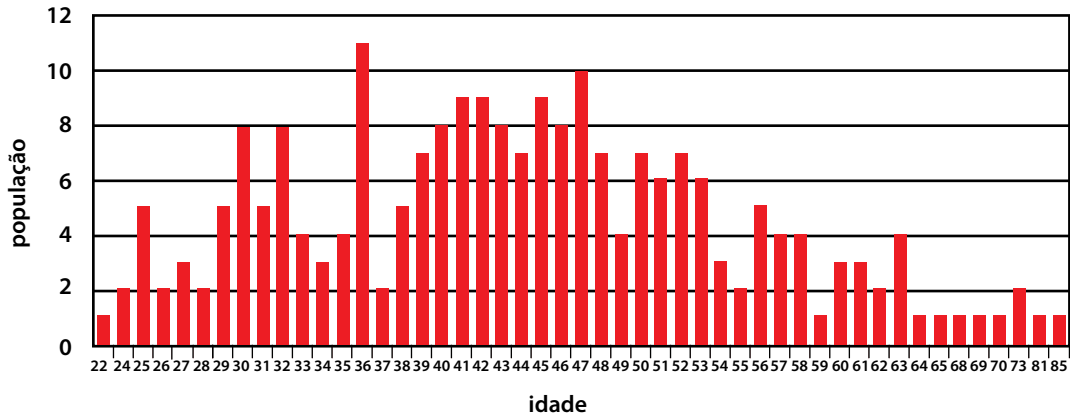
Profissão	Porcentagem
Açougueira	0,4%
Agricultor	30,7%
Ajudante	0,4%
Ajudante de eletricitista	0,4%
Aposentado	0,4%
Autônomo	0,4%
Auxiliar de serviços gerais	0,4%
Auxiliar de topografia	0,4%
Balconista	0,9%
Borracheiro	0,4%
Braçal	0,4%
Cabeleireiro	0,4%
Carpinteiro	0,4%
Caseiro	0,4%
Comerciante	0,4%

Esta pesquisa reflete as opiniões de seus autores e não a do Ministério da Justiça

Profissão (cont.)	Porcentagem
Comerciante	0,4%
Cozinheiro	0,4%
Desenhista	0,4%
Dona de casa	3,1%
Eletricista	0,4%
Empregada doméstica	2,1%
Estudante	1,3%
Gesseiro	0,4%
Jardineiro	1,3%
Jardineiro	0,4%
Lanterneiro	0,4%
Lavadeira	0,4%
Servente de pedreiro	0,8%
Marceneiro	1,3%
Marisqueiro	0,4%
Mecânico	0,4%
Motorista	1,7%
Operador de equipamento siderúrgico	0,4%
Pedreiro	3,8%
Pedreiro e agricultor	0,4%
Pesquisadora	0,4%
Pintor	1,3%
Policia militar	0,4%
Sacerdote	0,4%
Sapateiro	0,4%
Servente	7,7%
Serviços gerais	0,9%
Servidor público	0,8%
Técnico em eletrônica	0,4%
Trabalhador rural	1,8%
Tratorista	0,4%
Trocador de ônibus	0,4%
Vendedor	0,4%
Vigilante	0,4%
Sem informação	22,4%

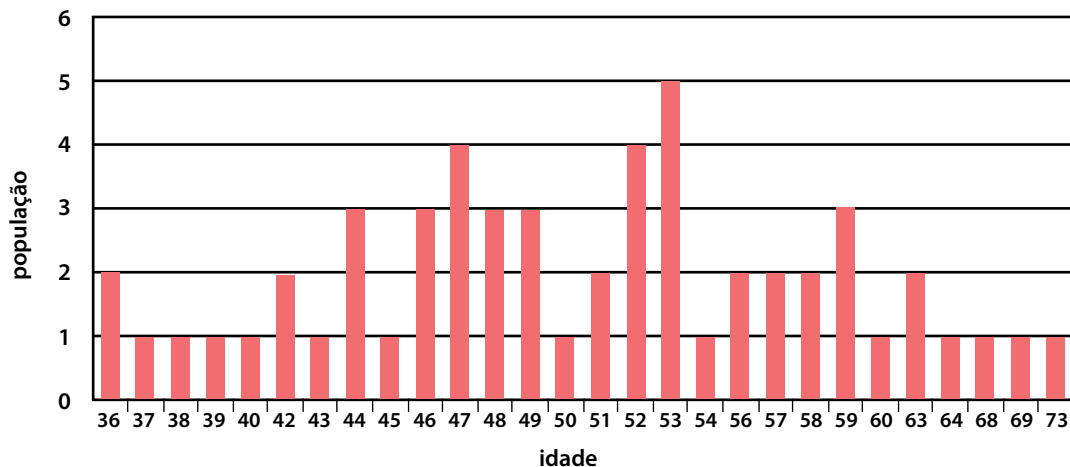
Os gráficos a seguir ilustram a idade das pessoas em medida de segurança:

Gráfico 7 – Idade da População em Medida de Segurança



Fonte: *Lucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010

Gráfico 8 – Idade da População em Medida de Segurança de Longa internação



Fonte: *Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010.

III.1. A LEI 10.216 E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, trouxe uma nova compreensão sobre a saúde mental ao proibir o tratamento psiquiátrico em regime asilar e introduzir como finalidade permanente o cuidado e a reinserção social do paciente (Brasil, 2001). Segundo o novo paradigma de atenção psicossocial implementado pela legislação referida, a internação deve ser estruturada de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais,

incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais e de lazer (Brasil, 2001).

Dado relevante sobre a não incorporação das diretrizes da Lei 10.216 na execução das medidas de segurança, é que dos 228 *dossiês* analisados, apenas 11 faziam referência explícita à lei como diretriz capaz de orientar a aplicação da respectiva medida de internação. Em apenas dois casos, dos 11 encontrados era o juiz que mencionava a lei da Reforma Psiquiátrica e nos outros 9 casos, a Lei 10.216 aparece por menções da defensoria pública em argumentações geralmente para defender a inclusão do paciente em medida de segurança nos serviços substitutivos de assistência em saúde à população em sofrimento mental. Dos *dossiês* que fazem menção à Lei 10.216, apenas dois deles são de medidas de segurança de longa internação, como visto a seguir:

Tabela 6 – Referência à Lei 10.216

Referência à Lei 10.216	Total	Longa internação
Sim	11 (5%)	2 (4%)
Não	217 (95%)	55 (96%)
Total	228 (100%)	57 (100%)

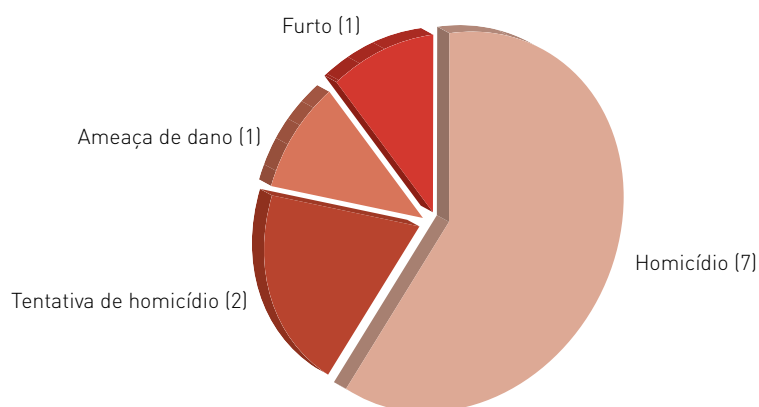
Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

Tabela 7 – Quem faz referência à Lei 10.216?

Das 228 medidas de segurança analisadas, 55% tiveram a sentença proferida após a promulgação da Lei 10.216, mas em apenas 11 medidas de segurança (4%) há referência à Lei. Um desafio a efetivação da lei antimanicomial é estender seus princípios para a aplicação das medidas de segurança e inclusive fundamentar as decisões de desinternação e extinção das sentenças de medidas de segurança.

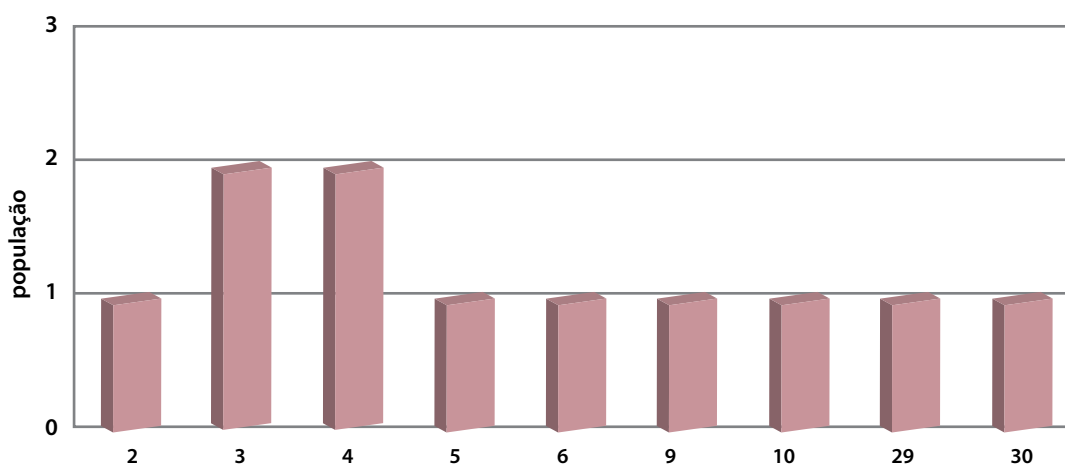
Abaixo, as figuras demonstram duas características das medidas de segurança que fazem referência à Lei 10.216, os tipos de crime e período de internação:

Gráfico 9 – Crimes das Medidas de Segurança que fazem referência à Lei 10.216



Fonte: *Lucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010

Gráfico 10 – Tempo de internação das Medidas de Segurança que fazem referência à Lei 10.216

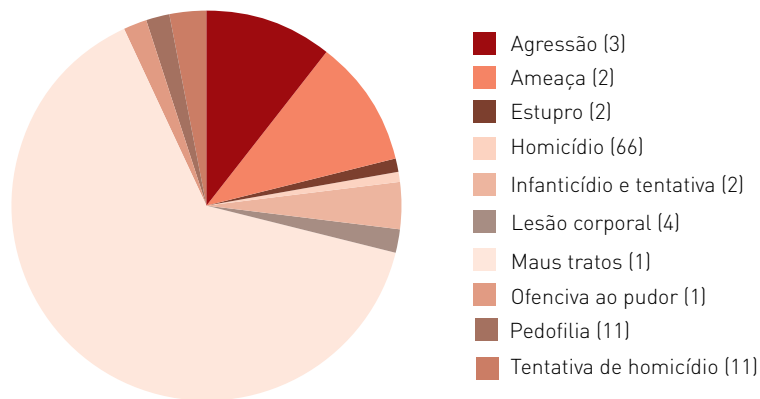


Fonte: *Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010.

III.2. PERFIL DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA CUJOS CRIMES SÃO CONTRA CÔNJUGES OU MEMBROS DA FAMÍLIA

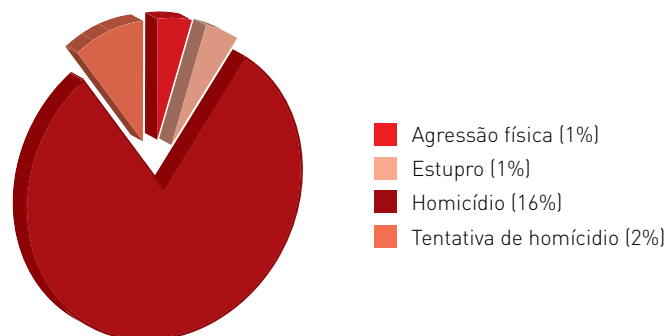
Outro dado levantado nos *dossiês* dos pacientes em medida de segurança para avaliar possibilidades de influência no prolongamento da internação foi o parentesco com as vítimas dos crimes cometidos. Dos crimes cometidos nos 228 *dossiês* de medidas de segurança analisados, 41% (93) foram cometidos por pessoas em sofrimento mental contra o cônjuge ou parente.

Gráfico 11– Crimes cometidos contra cônjuge e parentes



Fonte: *Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010.

Gráfico 12 – Crimes cometidos contra cônjuge e parentes das medidas de segurança de longa internação.



Fonte: *Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010.

As situações em que o crime cometido pela pessoa em sofrimento mental foi contra algum membro familiar ou cônjuge pode resultar em maior desafio no momento da reinserção social dos pacientes em medidas de segurança. Ao todo, 41% dos crimes estão nesta situação e das pessoas em longa internação este percentual é de 35%. Um dos principais desafios sobre a questão da reinserção social das pessoas com transtorno mental que cometeram crimes é que a situações de cuidado e assistência têm de deixar de ser vistas como um problema da esfera privada, individual e das famílias para se transformar em um problema de responsabilidade pública, amparadas por políticas de assistência social, saúde, inserção no mercado de trabalho, educação, entre outras.

III.3. OS CRIMES E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA

O perfil penal das sentenças de medidas de segurança apresenta uma grande variedade de tipos penais e até mesmo de nomenclaturas. A classificação dos crimes foi feita de acordo com o Código Penal. Nos casos em que a sentença dizia respeito a uma pessoa que cometeu mais de um crime, manteve-se na relação apenas a infração penal mais grave, sendo o limite máximo da pena abstrata cominada o critério para determinação. Se iguais as penas, mais grave será aquele cuja ação for pública incondicionada, seguida pela pública condicionada.

Tabela 9 – Crimes cometidos pelos pacientes em medida de segurança na BA e MG

Infração penal	Total
Crimes contra a pessoa	185
Crimes contra o patrimônio	25
Crimes contra a dignidade sexual	14
Crimes contra a incolumidade pública	1
Crimes contra a administração pública	3
Tráfico ilícito de drogas (lei 11.343/2006)	3
Crimes relativos ao registro, à posse e à comercialização de armas de fogo e munição	1
Crimes ambientais	1
Contravenções penais	1

Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

Tabela 10 – Internação em HCTP anteriormente com medida de segurança?

Internação anterior	Total	Longa internação
Sim	33 (15%)	5 (9%)
Não	195 (85%)	52 (91%)

Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

Das pessoas em medidas de segurança, 85% da população nunca esteve internada cumprindo outra medida de segurança, o que se assemelha a outros estudos que demonstram essa característica da população de não ter cometido

outros crimes anteriormente (Gauer, 2007; Marca, 2001). Acentuando esta tendência e sendo influenciado pelo menor período em liberdade, para aqueles que estão em longa internação esse percentual chega próximo a totalidade e 91% das pessoas com mais de quinze anos de internação nunca cumpriram outra medida de segurança.

Em relação às etapas processuais de cumprimento das medidas de segurança, a tabela adiante demonstra a realização dos exames em que se verificou a cessação de periculosidade.

Tabela 11 - Realização do Exame de cessação de periculosidade

Exame de cessação	Total	Longa internação
Sim	80 (35%)	29 (51%)
Não	148 (65%)	28 (49%)

Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

É alto o número de pessoas em medida de segurança que tiveram a cessação da periculosidade diagnosticada, 80 pessoas (35%), mas ainda estão internadas no HCTP. No caso das pessoas em longa internação a situação é ainda mais desafiadora, 49% das pessoas que estão nos HCTPs há mais de quinze anos não têm um exame que atestasse a cessação de sua periculosidade. Outro dado encontrado é o das pessoas em medida de segurança que já receberam sentença para desinternação, ou seja, atestada a cessação da periculosidade está em condições de usufruir da liberdade condicional pelo período de um ano antes da extinção da medida de segurança, mas ainda permanecem nos HCTPs. Das 228 pessoas em medida de segurança, 14% delas (33) estão nesta situação. No caso das pessoas em longa internação, o número de pessoas ainda internadas, mesmo após a sentença de desinternação sobe para 23%. A situação de internação mesmo com sentença de liberdade condicional é explicada por muitas razões, principalmente pela ausência de políticas públicas assistenciais e de saúde para promover a reinserção dessas pessoas, ausência de local de moradia e sem contato sócio-familiar.

Fonte: *Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010.

Carta de desinternação	Total	Longa internação
Sim	33 (14%)	13 (23%)
Não	195 (86%)	44 (77%)

Fonte: *Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010.

Tabela 12 - Há carta de desinternação?

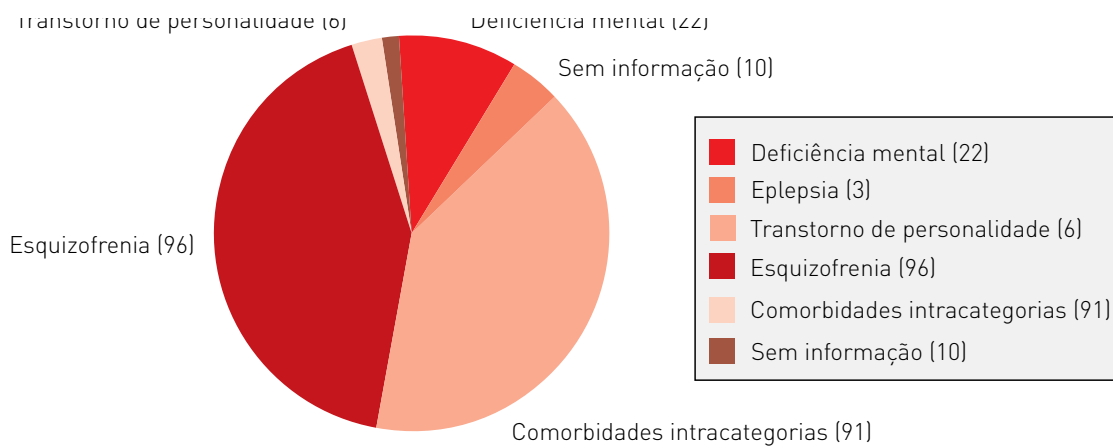
Carta de desinternação	Total	Longa internação
Sim	33 (14%)	13 (23%)
Não	195 (86%)	44 (77%)

Fonte: *Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010.

III.4. PERFIL PSIQUIÁTRICO DA POPULAÇÃO EM MEDIDA DE SEGURANÇA

O perfil de diagnósticos também apresenta uma grande variedade e nomenclaturas.

Gráfico 13 – Diagnósticos dos pacientes em medidas de segurança



Esta pesquisa reflete as opiniões de seus autores e não a do Ministério da Justiça

Tabela 13 - Diagnósticos prevalentes na população carcerária manicomial BA e MG

Diagnósticos	Pacientes
Esquizofrenia	96
Comorbidades intracategorias	91
Deficiência mental	22
Sem informação	10
Transtorno de personalidade	6
Epilepsia	3
Total	228

Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

IV. MEDIDAS DE SEGURANÇA NO ESTADO DE GOIÁS

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili) surgiu em outubro de 2006 mediante um convênio firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Estado da Justiça, a Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça de Goiás e o Ministério Público do Estado de Goiás. A proposta para a criação do Programa foi a de modificar as ações de execução das medidas de segurança no estado goiano. Estas deveriam deixar de focar unicamente o prisma da segurança pública para também ser tratada como uma questão de saúde pública. O Paili, desde sua criação, se fundamenta nas disposições da Lei 10.216, de 2001.

IV.1. BREVE HISTÓRICO DO PAILI:

No ano de 1996, instaurou-se no Estado de Goiás, inquérito civil público onde realizou-se levantamento dos casos de pessoas submetidas à medida de segurança que se encontravam na unidade penitenciária de Goiânia, o Cepaigo. Foram identificados quase trinta homens com transtornos psiquiátricos severos e que estavam presos em

longa internação. Assim, originou-se, em 1999, um incidente da Lei de Execução Penal (LEP), chamado *Incidente de Excesso de Execução* (previsto no art. 185 da LEP). Depois dos trâmites jurídicos, o levantamento culminou em duas decisões: a primeira, proferida ainda em 1999, proibiu o ingresso de novos pacientes submetidos à medida de segurança na penitenciária; a segunda, obtida no ano 2000 junto ao Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, determinou a soltura daqueles pacientes psiquiátricos que se encontravam ilegalmente presos.

Embora tenham significado importantes avanços, tais decisões não trouxeram uma solução definitiva para o problema das internações compulsórias determinadas judicialmente. As sentenças continuavam a ser proferidas e, com elas, a imposição de medidas de segurança a outros pacientes. Dessa maneira, as autoridades começam a buscar soluções para a execução das novas medidas de segurança aplicadas. Em 2001, foi concluída a construção de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico na cidade de Goiânia. No entanto, este teve sua utilização embargada administrativamente pelo Ministério Público do Estado de Goiás, após provocação do Conselho Regional de Psicologia. A construção do prédio possuía uma arquitetura inadequada para a função que se propunha. A obra obteve então destinação distinta e é, hoje, o principal presídio de segurança máxima do Estado de Goiás. Sob articulação do Ministério Público, com a participação de entidades relacionadas com as políticas de saúde mental em Goiás, outro projeto foi desenhado, culminando assim com uma proposta consensual para a construção de nova unidade. No entanto, a obra foi edificada em área inadequada, nas imediações do lixão de Trindade, cidade vizinha à capital goiana, assim, não pôde ser ocupada por conta da insalubridade e da não observância das regras pertinentes à instalação de uma unidade hospitalar. Em 2008 a construção foi aproveitada como estabelecimento prisional do regime semi-aberto.

Diante da Lei 10.216, de 2001, das iniciativas do Ministério Público e do trabalho das entidades ligadas à saúde mental, particularmente o Fórum Goiano de Saúde Mental e o Conselho Regional de Psicologia, o Estado de Goiás instituiu o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili) no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, com criação ainda sem uma conformação jurídica nem estrutura capaz de atender às necessidades da execução das medidas de segurança. Naquele primeiro momento, em 2003, o Paili surge com o propósito de fazer um levantamento das medidas de segurança em execução no Estado de Goiás.

Hoje, o Paili supervisiona o tratamento conferido ao paciente em medida de segurança nas clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e demais serviços de saúde mental. Ao mesmo tempo, faz a mediação entre o paciente e o juiz, para favorecer, simplificar e desburocratizar o acesso permanente dos pacientes em medida de segurança à Justiça. O Paili estuda cada caso sob o olhar clínico, psicossocial e jurídico para elaborar projeto terapêutico individual de acordo com a singularidade de cada caso e informa à autoridade judiciária a respeito da evolução do tratamento. O Programa visa ainda buscar a adesão do círculo sócio-familiar do paciente, trabalhando junto à família para o estabelecimento de vínculos e posterior retorno ao convívio social e familiar. Também são objetivos do Paili realizar discussões de casos com a equipe das unidades de saúde responsáveis pelo atendimento, realizar atividades públicas de sensibilização, além de estabelecer parcerias com instituições afins e promover discussões com peritos oficiais com o objetivo de fornecer informações que possam contribuir para o exame de cessação de periculosidade.

O Paili é composto por uma equipe multiprofissional formada por advogada, assistentes sociais, psicólogas, enfermeiro, psiquiatra e auxiliar administrativo, todos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No total, a equipe é composta por sete profissionais. O processo de execução das medidas de segurança continua jurisdicionalizado. Assim, por ser um programa situado na Secretaria de Saúde do estado de Goiás, o Paili só atua após a sentença da medida de segurança. Entretanto, não é o juiz quem determina diretamente a modalidade do tratamento a ser dispensado ao paciente, ou seja, apesar de num primeiro momento algum tipo de modalidade vir fixado na sentença, como a internação, a equipe de saúde tem autonomia para elaborar uma nova proposta terapêutica para o paciente. É importante enfatizar que a decisão para a extinção da medida de segurança também é determinada pelo juiz. Este, por sua vez, se baseia nos relatórios trimestrais de acompanhamento enviados pelo Paili. A equipe do Paili relata que, também após a extinção da medida de segurança, o tratamento deve ser contínuo, com um acompanhamento do paciente, mesmo que esporádico.

A equipe do Programa faz a mediação entre o juiz e o sistema penitenciário com a rede de atenção em saúde mental. Após o encaminhamento do ofício pelo juiz com o pedido de acompanhamento do sentenciado ao Paili, a equipe realiza um estudo psicossocial do paciente para averiguar a residência, convivência familiar, bem como

quais as redes de atendimento em saúde mental existentes, preferencialmente em seu município de residência. Tais informações têm a finalidade de subsidiar uma proposta terapêutica para o paciente. Pacientes mais regredidos ficam internados em clínicas psiquiátricas, os que não têm família ou esta se recusa a recebê-los, são acolhidos em instituições filantrópicas, residências terapêuticas ou, na falta de rede de assistência em saúde, ficam em penitenciárias e delegacias até que o Programa consiga promover o encaminhamento do paciente para outra unidade. Estes últimos continuam sendo acompanhados, e, havendo disponibilidade de vagas, fazem tratamentos em CAPS. O Paili também acompanha o paciente na realização de interesses importantes, como para a obtenção de documentos pessoais, benefícios previdenciários e assistenciais (especialmente o Benefício da Prestação Continuada de Assistência Social – BPC), junto aos diversos órgãos da Administração Pública.

Em todo o estado de Goiás existem 120 comarcas. Não tivemos informação de número exato de comarcas conveniadas ao Paili, mas sabe-se que cerca de 40 são alcançadas pelo Programa. Este convenia municípios onde há pacientes em medida de segurança, mas não há serviços de saúde mental como hospitais psiquiátricos ou serviços substitutivos. Normalmente o juiz da comarca, depois da sentença, encaminha o processo do paciente ao Programa. A coordenadora do Paili avalia que esse número de comarcas se dá por demanda, ou seja, existem municípios no estado que, segundo ela, não possuem pessoas em medida de segurança, e por isso ainda não procuraram o Programa. As comarcas só se conveniam após um caso de sentença em medida de segurança. No total, 198 pacientes já foram acompanhados pelo Programa, desses 16 são falecidos e 18 tiveram sua medida extinta. Na análise dos *dossiês* do Paili, a equipe de pesquisadores teve acesso a 188 *dossiês*, dos quais 163 estavam ativos e 25 já haviam sido extintos, por morte ou cessação da periculosidade. Os demais *dossiês* não estavam disponíveis para acesso.

Os profissionais entrevistados e envolvidos com o Programa apontam alguns desafios importantes: muitos dos pacientes cometeram crimes hediondos contra pessoas próximas de seu convívio como vizinhos ou familiares, por isso há uma grande resistência de sua família e da cidade de origem em receber novamente o paciente. A equipe relata a necessidade de se fazer um trabalho contínuo junto às famílias para o acolhimento do paciente-infrator. No entanto, apesar das dificuldades, dizem obter sucesso em grande parte das vezes. Outro desafio relatado é quanto ao acolhimento na rede de saúde mental

para esse tipo de paciente em sofrimento mental. Descrevem maior resistência da saúde que da justiça em receber os pacientes nos serviços públicos. A equipe do Paili relatou encaminhar os pacientes aos serviços de saúde, mas os próprios profissionais da rede em alguns momentos se recusam a recebê-los. O maior desafio apontado é sobre a estrutura da rede de saúde e de assistência social. A equipe diz enfrentar desafios para o encaminhamento dos pacientes, existem poucos serviços substitutivos de atenção em saúde mental, o que, segundo os entrevistados, dificulta muito o trabalho de melhoria do quadro de saúde e de reinserção social dos pacientes em medidas de segurança.

Há diretrizes da proposta do Paili que acabam por questionar a aplicação das medidas de segurança em HCTPs, como a noção de periculosidade. Os idealizadores do programa, bem como toda a equipe, não atribuem como principal objetivo do Paili a pretensa cessação de periculosidade. Estes tratam como objetivo maior o tratamento, acompanhamento e a integração do paciente e sua família à sociedade. Eles definem a Lei 10.216 como norteadora do trabalho, que por isso, algumas partes do Código Penal são revogadas, como por exemplo, uma fixação de sentença para “tratamento”. A autonomia da equipe de saúde do Paili para a definição do perfil do tratamento, e isso inclui qual o melhor espaço que o paciente deve permanecer, também são apontados como grandes potencialidades do programa para a melhoria do quadro dos pacientes em medida de segurança.

Outra mudança significativa provocada pelo Paili foi a iniciativa do Ministério Público de Goiás em rediscutir o conceito de periculosidade utilizado para definir a cessação de uma medida de segurança. Hoje, há um processo de reformulação do Laudo de Cessação de Periculosidade, onde há uma maior tendência em articular um Laudo de Avaliação Psicossocial aos exames psiquiátricos. Para estes, faz-se necessária uma avaliação do nível de inclusão social do paciente, onde o enfoque se desloca da segurança pública para a saúde pública e coletiva. A partir dessa nova avaliação são observados se os objetivos definidos na Lei 10.216 estariam sendo alcançados pelo tratamento e desenvolvimento do acompanhamento do paciente pelo Paili. Este modelo é, para a equipe do Programa, uma alternativa que dispensa a figura do hospital de custódia.

VI.2. PERFIL DA POPULAÇÃO EM MEDIDA DE SEGURANÇA NO ESTADO DE GOIÁS

A equipe teve acesso a informações de 188 pacientes em medida de segurança de todo o estado de Goiás sendo acompanhados ou que já foram acompanhados pelo Paili, dos quais 163 estavam ativos e 25 já haviam sido extintos. Desses, a grande maioria é de homens e apenas 5% são mulheres como mostra o quadro:

Tabela 14 - Sexo dos pacientes em Medida de Segurança de Goiás

Sexo	Total
Feminino	10 (5%)
Masculino	178 (95%)

Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

Tabela 15 - Tempo de acompanhamento pelo Paili

Anos	População
Sem informação	8 (4%)
0	42 (22%)
1	34 (18%)
2	39 (21%)
3	30 (16%)
4	32 (17%)
5	2 (1%)
6	1 (1%)

Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

Dos 198 pacientes já atendidos pelo Paili, 177 continuavam ativos em 2010. Em seis anos de funcionamento do programa, 25 medidas de segurança foram extintas, seja pela morte dos pacientes (6 casos) seja pela cessação da periculosidade (19 casos) demonstrando que o Paili tem alcançado relativamente seus objetivos de promoção da reinserção social dos pacientes em medida de segurança mediante o contínuo acompanhamento sócio-assistencial, de saúde e jurídico de sua execução.

As Tabelas 16, 17 e 18 demonstram um cenário bastante semelhante ao perfil

Esta pesquisa reflete as opiniões de seus autores e não a do Ministério da Justiça

sócio-demográfico da população em medida de segurança dos estados da Bahia e Minas Gerais. Sobre a questão da cor da pele, apesar do grande número de *dossiês* em que não foi possível recuperar tal informação (67%), foi possível demonstrar que 30% da população é preta ou parda enquanto apenas 3% é branca:

Tabela 16 - Cor dos pacientes em Medidas de Segurança de Goiás

Cor	Total
Branco	6 (3%)
Parda	55 (29%)
Preta	1 (1%)
Sem informação	126 (67%)

Sobre a situação de conjugalidade e nível de escolaridade (Tabelas 17 e 18) dos pacientes em medida de segurança de Goiás, o perfil também se assemelha aos dados da Bahia e Minas Gerais. A grande maioria das pessoas é solteira e analfabeta:

Tabela 17 - Situação Conjugal dos pacientes em Medida de Segurança de Goiás

Situação conjugal	Total
Casado ou juntado ou em união	31 (16%)
Divorciado	15 (8%)
Solteiro	130 (69%)
Viúvo	5 (3%)
Sem informação	7 (4%)

Tabela 18 - Escolaridade dos pacientes em Medida de Segurança de Goiás

Escolaridade	Total
Analfabeto	8 (2%)
Ensino básico completo	44 (23%)
Ensino básico incompleto	3 (2%)
Ensino fundamental completo	5 (3%)
Ensino fundamental incompleto	45 (24%)

Escolaridade (cont.)	Total
Ensino médio completo	9 (5%)
Ensino médio incompleto	3 (2%)
Graduação completa	3 (2%)
Graduação incompleta	1 (1%)
Sem informação	66 (35%)

Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

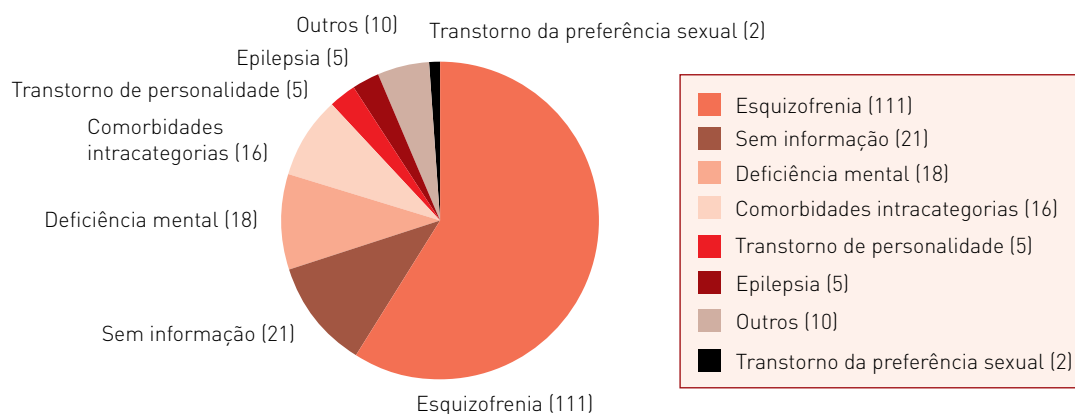
Tabela 19 – Crimes cometidos pelos pacientes atendidos pelo Paili

Infração penal	Total
Crimes contra pessoa	111
Crimes contra o patrimônio	36
Crimes contra a dignidade sexual	19
Crimes contra a incolumidade pública	2
Crimes contra a administração pública	1
Tráfico ilícito de drogas (lei 11.343/ 2006)	3
Crimes relativos ao registro, à posse e à comercialização de armas de fogo e munição	2
Contravenções penais	1
Outros	11
total	188

Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

A seguir, seguem demonstrados os diagnósticos dos pacientes em medida de segurança acompanhados pelo Paili:

Gráfico 14 – Diagnóstico dos pacientes em Medida de Segurança de Goiás



Fonte: *Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010.

É possível perceber que os diagnósticos dos pacientes em medida de segurança no estado de Goiás são semelhantes aos dos estados da Bahia e Minas Gerais. Em Goiás também permanece a maioria de pessoas em medida de segurança com esquizofrenia com 59% dos diagnósticos, seguido de deficiência mental 9,5% e comorbidades intracategóricas 8,5% dos diagnósticos.

Um dos desafios apontados pelos técnicos do Paili diz respeito ao trabalho necessário com as famílias no momento de estabelecer o projeto terapêutico para viabilizar processo de reinserção social. Um dos dados levantados foi se o crime praticado foi contra membro familiar ou cônjuge, o que poderia criar resistências das famílias em participar do projeto terapêutico do paciente e até mesmo receber o paciente para residir com a família e 29% dos crimes estão nesta situação.

Tabela 20 - O crime foi contra um membro da família ou cônjuge?

Crime contra a família	Total
Sim	55 (29%)
Não	133 (71%)

Fonte: *Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*, Brasil 2010.

Das pessoas acompanhadas pelo Paili, 59% do total das pessoas em medida de segurança residem com a família, sendo que aos 44% foram somados ainda àqueles internados em clínicas psiquiátricas (15%) que também residem com familiares. Outro dado

importante é que apenas 3% das pessoas acompanhadas pelo Paili estão em residências terapêuticas. O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não criadas com a Lei 10.216.9 As residências terapêuticas são um dos principais equipamentos assistenciais necessários para o recebimento das pessoas em sofrimento mental que não possuem laços familiares ou que, por diversos motivos, não residem com seus familiares. Com o objetivo de garantir a autonomia e cidadania da população em sofrimento mental, as residências terapêuticas têm de alcançar a população oriunda dos HCTPs, mas os desafios para a execução dessa política são claros quando observados os pacientes tanto da Bahia e Minas Gerais quanto de Goiás. A tabela abaixo demonstra o local onde os pacientes em medida de segurança de Goiás estão:

Tabela 21 - Local onde os pacientes atendidos pelo Paili estão

Residência	Total
Sem informação	42 (22%)
Cadeia ou penitenciária	19 (10%)
Casa de Familiares	82 (44%)
Internado em clínica psiquiátrica	29 (15%)
Outros	8 (4%)
Residência terapêutico	5 (3%)
Sozinho	3 (2%)

Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

Apenas 10% dos pacientes em medida de segurança acompanhados pelo Paili se encontrava recluso em cadeias ou penitenciárias. Os técnicos do Paili esclareceram que esta situação é comum no início do acompanhamento. Pois, logo após a entrada do paciente no programa e antes do desenho do projeto terapêutico ser definido, é comum haver um período em que o paciente continua na cadeia ou penitenciária até ser transferido para local adequado nos serviços de assistência em saúde mental, como clínicas ou residências terapêuticas, ou até mesmo se mudar para as residências de familiares. A tabela 22 mostra há quantos anos os pacientes que residem com a família são acompanhados pelo Paili:

Tabela 22 – Tempo de acompanhamento pelo Paili dos pacientes residentes com a família

Anos	População
	3 (4%)
0	18 (22%)
1	19 (23%)
2	17 (21%)
3	11 (13%)
4	14 (17%)

Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

A tabela 23 revela quantos estão em tratamento e quais são os serviços de assistência em saúde que os pacientes acompanhados pelo Paili recebem:

Tabela 23 - Estão em tratamento?

Tratamento	Total
Sem informação	42 (22%)
Não	19 (10%)
Sim, em CAPS	82 (44%)
Sim, em clínica conveniada ao SUS	29 (15%)
Sim, em consultas psiquiátricas	8 (4%)
Sim, em outros	5 (3%)

Fonte: Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Brasil 2010.

Dos pacientes acompanhados pelo Paili, é baixo o número daqueles que ainda não está realizando acompanhamento para tratamento (14%). A mesma justificativa para o número de pacientes que está em cadeias ou penitenciárias foi dada pelos técnicos do Paili para esse percentual de pacientes que ainda não está em tratamento psiquiátrico e psicológico: logo após a entrada do paciente no programa Paili e o desenho do projeto terapêutico ser definido, é comum haver um período em que o paciente continua sem tratamento até ser encaminhado a rede de serviços de assistência em saúde mental.

VI.3. A CONSTITUCIONALIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

Uma das principais questões sobre a inconstitucionalidade das medidas de segurança diz respeito ao conceito de periculosidade. No que resulta este dispositivo sobre a probabilidade de alguém voltar a cometer novo crime no futuro e não meramente a avaliação do crime cometido no passado? Se, a compreensão no campo da saúde mental e até das legislações nacionais já apontam a ineficácia de tratamentos psiquiátricos em regime fechado, é preciso problematizar a aproximação desta compreensão para tratamentos de pessoas em medida de segurança. O reflexo da dificuldade em enfrentar todas essas questões pode ser verificado pelos dados encontrados na pesquisa: 25% das medidas de segurança dos estados da Bahia e Minas Gerais estão em longa internação, ou seja, tem mais de 15 anos de duração. Além disso, das pessoas em longa internação, 10 delas estão internadas nos HCTPs há mais 30 anos. Tal situação contraria a própria decisão do Supremo Tribunal Federal que fixou em 30 anos o prazo máximo da internação das medidas de segurança.

O problema da restrição de liberdade para as pessoas em medida de segurança fica evidente quando da realização do exame de periculosidade e as pessoas estão aptas a saírem do HCTP. Das 228 pessoas em medida de segurança, 80 (35%) já possuem o laudo de cessação de periculosidade, mas ainda permanecem internadas. Dessas 80 pessoas com laudo de cessação de periculosidade, 33 delas já possuíam inclusive a carta de desinternação, ou seja, autorização do juiz para a liberdade. A permanência do paciente, mesmo atestada a cessação da periculosidade, pode ser explicada principalmente pela ausência de políticas públicas de assistência que os auxiliem no momento da reinserção social, somado a isto o fato de muitos não terem contato familiar e possuir graus variados de vulnerabilidade social, como pobreza, baixa escolaridade e não possuir profissão. Embora a Lei 10.216 preveja instituições de abrigo e políticas assistenciais para a população em transtorno mental oriundas de hospitais psiquiátricos, tais serviços ainda não alcançam a população em medida de segurança, o que acaba por gerar cada vez mais os problemas sociais (Diniz, 2009).

Esta realidade da inserção social dos pacientes em medida de segurança é ligeiramente atenuada no programa Paili do estado de Goiás. O perfil psiquiátrico, penal e sócio-demográfico da população em medida de segurança de Goiás é bastante semelhante a

dos estados da Bahia e Minas Gerais. O que diferencia as duas populações é que no estado de Goiás as pessoas em medida de segurança estão cumprindo a sentença em liberdade e inseridas nos serviços substitutivos preconizados pela Lei 10.216 e, em sua maioria, residindo com os familiares. No estado de Goiás, em cinco anos de funcionamento do Paili, 198 pacientes em medida de segurança foram acompanhados pelo Programa e desses 18 (quase 10%) tiveram sua medida extinta pela cessação da periculosidade. Inclusive, o próprio conceito de periculosidade tem sido substituído por uma avaliação sócio-terapêutica interdisciplinar das condições de reinserção social do paciente.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aponta a indicação de algumas conclusões: 1. sobre o perfil da população em medida de segurança: Os dados socioeconômicos delineiam uma população extremamente vulnerável socialmente quando descritos os níveis de escolaridade, ocupação ou profissão, além de raça e analfabetismo. O perfil da população em medida de segurança aponta situações de vulnerabilidade social que se cronificam com o prolongamento das sentenças de restrição de liberdade; 2. além disso, o perfil de aplicação das medidas de segurança varia de estado a estado. Há muitas críticas sobre o papel e a validade dos exames de cessação de periculosidade, mas o fato é que o não cumprimento do prazo de realização previsto em lei compromete o quadro de saúde dos pacientes em medida de segurança, o que pode levar a situações de longa internação. Além disso, o fato de 85% da população em medida de segurança nunca ter cumprido outra medida anteriormente revela que se trata de uma população majoritariamente sem histórico penal, o que vai de encontro à tese da periculosidade dessa população.

Por sua vez, o estado de Goiás não realiza exames psiquiátricos de cessação de periculosidade substituindo-os por avaliações psicossociais que atestam as capacidades das pessoas em medida de segurança para a reinserção social. Estas avaliações psicossociais fazem parte do projeto terapêutico que inserem os pacientes em medida de segurança em redes de assistência em saúde, que permitem sua reinserção sócio-familiar e de atenuação dos efeitos do sofrimento mental. O caso da aplicação das

medidas de segurança no estado de Goiás desde 2006 pelo Paili é emblemático, pois antecipa o que o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) publicou em sua Resolução n. 4, de 2010, para que o cumprimento das medidas de segurança ocorra “de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto” (p. 2, 2010). O paradigma de atenção em saúde mental inaugurado pela Lei 10.216 lança luz sobre o modo como as medidas de segurança podem ser aplicadas às pessoas em sofrimento mental que cometem crimes com respeito a suas particularidades e para a garantia dos direitos humanos a essa população. Inserir as diretrizes da Lei 10.216 na execução das medidas de segurança é desafiante, assim como demonstrado nos *dossiês* analisados em que em apenas 11 casos (4.7%) aparecia menção à Lei 10.216.

O cumprimento das medidas de segurança no estado de Goiás em meio aberto, cujos pacientes na maioria dos casos estão residindo com familiares e sendo atendidos pela rede de assistência em saúde, com os serviços substitutivos previstos pela lei da reforma antimanicomial, merece análises aprofundadas para avaliar os limites e desafios na sua implementação. A Lei 10.216 cria condições jurídicas e de aparato de políticas públicas capazes de atender às particularidades das pessoas em sofrimento mental que cometeram crimes, sem a necessidade de internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. As principais conclusões do estudo apontam para a necessidade de revisão da aplicação das medidas de segurança para reverter o quadro de restrição de direitos fundamentais da população em sofrimento mental ao propor questionamentos a respeito dos limites da constitucionalidade das medidas de segurança que se prolongam por períodos extensos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros-Brisset, Fernanda Otoni. Um dispositivo conector – relato de experiência do PAI-PJ/MG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. *Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. Vol. 20. N. 1. Jan-Abr. 2010.
- Brasil. *Decreto Lei n. 2848, de 7 de dezembro de 1940*. Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm. Acesso em 9 de dezembro de 2010.

Brasil. *Lei n.º 7.210 de 11 de julho de 1984 que institui a Lei de Execuções Penais*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L7210.htm>. Acesso em 13 de out. De 2010.

Brasil. *Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.html. Acesso em 13 de abril de 2010.

Brasil. *Ministério da Justiça*. Infopen Estatísticas do Sistema Prisional. Disponível em: Acesso em 09 de dezembro de 2010. <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRIE.htm>.

Brasil. *Ministério da Justiça*. Resolução. n. 4, de 30 de julho de 2010, que dispõe sobre as diretrizes nacionais de atenção aos pacientes judiciários e execução de medidas de segurança. Brasília, 2010.

Brasil. *Ministério da Justiça*. Resolução n. 05 de 4 de maio de 2004, dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-se à previsão contida na Lei n. 10.216 de 2010. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/cnppc/main.asp?View={28D9C630-49B2-406B91600C04F4BDD88E}>. Acesso em 13 de out. De 2010.

Brasil. *Ministério da Saúde*. Dados referentes à reforma psiquiátrica: redução de leitos psiquiátricos e ampliação da rede extra-hospitalar. [acessado 2010 abr 7]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Reforma.pdf>

Brasil. *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano nacional de saúde no sistema penitenciário*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Carrara, Sérgio. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. *Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. São Paulo. Jan/Jul, 2010. Pág. 16-29.

Creswell, J. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed. Bookman. 2007.

Diniz, Debora. *A Casa dos Mortos*. Documentário. Brasília: ImagensLivres. 2009, 23'

- Gauer, Gabriel Jose Chittó, et al. Inimputabilidade: estudo dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. *Rev. psiquiatr.* Rio Gd. Sul, 2007.
- Henriques, R. *Desigualdade racial no Brasil: evolução nas condições de vida na década de 1990*. Brasília, Ipea, 2001.
- Lougon M. *Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- Luchmann, Lígia Helena Hahn; Rodrigues, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2
- Marca, LA. *Perfil dos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC*. monografia de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Faculdade de Serviço Social/UFSC; 2001.
- Menezes, RS. O manicômio judicial, a reforma psiquiátrica e o sistema de saúde mental. In: _____. *Esquizofrenia e Liberdade: Manicômios judiciais, reforma psiquiátrica e a era da saúde mental*. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.
- Osorio, Rafael Guerreiro. *A desigualdade racial de renda no Brasil: 1976 a 2006*. Tese de doutorado. Departamento de Sociologia. Universidade de Brasília: Brasília, 2009. 377 f.
- Richardson, R. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 3a ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1999. R. Yin. *Estudos de Caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre. Bookman. 2005.
- Silva, Janaína Lima Penalva da. *O direito fundamental à singularidade do portador de sofrimento mental: uma análise da Lei nº 10.216/01 à luz do princípio da Integridade do Direito*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, 2007.
- Silva, Martinho Braga Batista. As pessoas em medida de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no contexto do Plano Nacional de Saúde Penitenciário. *Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. São Paulo. Jan/Jul, 2010. P. 95-105.
- Soares, S.S.D., et. al (org.). *Os mecanismos de discriminação racial nas escolas brasileiras*. Rio de Janeiro: Fundação Ford: Ipea, 2005.

Strauss, Anselm; Corbin, Juliet. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; Bookman, 2008.

Supremo Tribunal Federal. HC 84219-SP/2005 (Relator: Min. Marco Aurélio). Ver também: HC 97621-RS/2009 (Rel. Min. César Peluso) e HC 98360-RS/2009 (Rel. Min. Ricardo Lewandowski).