

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

YURI MOREIRA INÁCIO

**INICIATIVAS PIONEIRAS: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE O PAII
(PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR) E O PAI-PJ
(PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO
PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL)**

**SÃO PAULO
2015**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA DAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

YURI MOREIRA INÁCIO

**INICIATIVAS PIONEIRAS: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE O PAII
(PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR) E O PAI-PJ
(PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO
PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL)**

Trabalho de Conclusão de Curso
como exigência parcial para
graduação no curso de Psicologia,
sob orientação da Prof. Dra. Denize
Rosana Rubano.

SÃO PAULO
2015

Yuri Moreira Inácio - Iniciativas pioneiras: um estudo bibliográfico sobre o PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) e o PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental), 2015.

Orientadora: Prof^a Dr^a Denize Rosana Rubano

RESUMO

No Brasil, políticas públicas vêm sendo debatidas, no sentido de preservar a autonomia, cuidado e responsabilidade em relação ao sujeito em sofrimento psíquico. A Lei 10.216/2001 representa um marco na transposição de um tratamento hospitalocêntrico para propostas alternativas focalizadas nos Direitos Humanos e na Reforma Psiquiátrica. O estudo aqui proposto visa investigar iniciativas pioneiras nesta abordagem, em Minas Gerais e Goiás. Através de levantamento bibliográfico em produções acadêmicas, cartilhas governamentais dos estados de Minas Gerais e Goiás, foram pesquisadas as experiências do PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental) e do PAILI (Programa de atenção Integral ao Louco Infrator). O contato com os programas dos dois estados permitiu visualizar a possibilidade de tornar o tratamento de pacientes submetidos a medidas de segurança mais próximo das diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira. Demonstrou-se que ambos prezam pela reinserção do paciente no meio social e familiar de modo integral, potencializando o tratamento, e servem de norteadores para que os demais estados possam também orientar o tratamento ao louco infrator aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Manicômio Judiciário; Reforma Psiquiátrica; Louco Infrator; PAILI; PAI-PJ.

Sumário

INTRODUÇÃO	1
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	4
1.1. Os Manicômios Judiciários	4
1.2. Movimentos Antimanicomiais	7
2 – MÉTODO.....	12
3 - REDIRECIONAMENTO: DO ENCARCERAMENTO AO CUIDADO	17
3.1. Minas Gerais: O PAI-PJ	18
3.2. Goiás: O PAILI	28
4 – DISCUSSÃO	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS.....	46

INTRODUÇÃO

Antes de apresentar o escopo desta pesquisa, contextualizarei o germinar de ideias para a mesma. Em 24 de novembro de 2012, assisti ao evento promovido pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM) “Saúde mental e justiça: as medidas de segurança diante da Lei Antimanicomial”, na Universidade Presbiteriana Mackenzie. Estavam presentes na mesa a antropóloga Debora Diniz (docente da Universidade de Brasília, pesquisadora do Instituto de Bioética, Direitos e Gênero – ANIS – e diretora do Instituto Nacional de Bioética) e Haroldo Caetano (Promotor de Justiça do Estado de Goiás, mestre em direito penal na Universidade Federal de Goiás). Nesta mesa, debateu-se a condição dos sujeitos submetidos a medidas de segurança – que cometeram crimes e foram considerados inimputáveis por diagnóstico psiquiátrico apontando para perturbação do juízo por alguma psicopatologia – nos atuais Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, antigos manicômios judiciários. O evento serviu-me como disparador para outros apontamentos. Conheci o trabalho de Diniz através do documentário “A Casa dos Mortos”, que retrata um pouco da vida de pessoas cumprindo medida de segurança em Salvador, Bahia. A mesma autora produziu outra obra de destaque, *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011*, que traça um perfil dos internos em medida de segurança no Brasil. Por sua vez, Haroldo Caetano é responsável pela implementação do PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) em Goiás. Dentro desse contexto, a partir da graduação em psicologia, me interessei pela militância na luta antimanicomial, e procurei me inserir em espaços para atuar nesse sentido. Entre final de 2012 e início de 2014, participei das reuniões da Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo, que congrega militantes e organizações que prezam pela condução da causa antimanicomial no estado de São Paulo.

Desde a implementação da Lei 10.216/2001, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG), novos modos de relação com a loucura têm

sido criados, de modo que o antigo paradigma asilar/psiquiátrico vem gradativamente sendo substituído no Brasil por políticas públicas que prezam o cultivo da autonomia, cuidado e responsabilidade do sujeito em sofrimento psíquico. A figura do Hospital Psiquiátrico, nos processos de desospitalização e desinstitucionalização ocorridos no Brasil, vem perdendo força como linha de frente no tratamento da saúde mental para os dispositivos substitutivos, referenciados no tratamento ambulatorial em liberdade, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-Dia, dentre outros. Mesmo com riscos intermitentes de retrocessos nas políticas de saúde mental, podemos dizer que existe um bom acúmulo de conquistas desde a aprovação da Lei 10.216, em 6 de abril de 2001.

Entretanto, ainda resiste um bastião na política de saúde mental onde vigora o modelo hospitalocêntrico-asilar. Profundamente arraigados na lógica da reclusão, existem no Brasil 26 Manicômios Judiciários (DINIZ, 2013), atualmente conhecidos como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Estes serviços recebem aqueles que cometeram delitos, mas que:

(...) são inimputáveis em razão de doença ou deficiência mental. Essas pessoas não recebem uma pena, mas são submetidas a tratamento psiquiátrico obrigatório em cumprimento de uma medida de segurança. O cumprimento das medidas de segurança ocorre em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou em Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizadas em presídios ou penitenciárias. As medidas de segurança podem ocorrer ou não em restrição de liberdade, mas em ambos os casos são acompanhadas pelos HCTPs e pelas ATPs. Os HCTPs e as ATPs são os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), instituições inicialmente denominadas de manicômios judiciários que foram criadas no Brasil na década de 1920 (DINIZ, 2013, p. 11).

Nos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátricos (ECTPs)¹, diferentemente das prisões convencionais, não se cumpre uma pena, pois o

¹ Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) é a atual nomenclatura para designar tanto os HCTPs quanto os ATPs, ou seja, qualquer estabelecimento em que o louco infrator cumpra medida de segurança.

conceito de pena remete à ideia de culpabilidade. Quem comete um ato infracional, e que no instante do mesmo, é considerado como incapaz de entender o caráter ilícito de sua atuação é encaminhado para execução de medida de segurança, no sentido de proteger a sociedade contra a ocorrência de novos delitos, de acordo com o Código Penal vigente, de 1984, no artigo 26 (COSTA, 2009). Em todo o processo, o judiciário convoca o saber psiquiátrico para o apoio, no estabelecimento da inimputabilidade do infrator até o momento de cessação de periculosidade do sujeito, quando pode ter liberdade.

Pelo caráter ainda distante dos ideais da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, os HCTPs provocam grandes debates atuais. Convocado em 2010 pelo Presidente da República, último grande evento fomentador de debates e formulador de políticas públicas para a Saúde Mental, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial reafirma os seguintes princípios:

(...) uma Reforma Psiquiátrica que produz desinstitucionalização, inclusão social e uma rede assistencial de atenção psicossocial que supera e substitui os hospitais psiquiátricos; reformas centradas nos usuários entendidos como sujeitos de direitos e de desejos, cidadãos singulares, que protagonizam seus modos de fazer andar a vida (Brasil, 2010, p. 56)

Mais adiante, a diretriz 271 refere: “Garantir o tratamento das pessoas com transtornos mentais que cometem delitos, em cumprimento às diretrizes do SUS e à Lei 10.216/2001, visando o fim do manicômio judiciário” (BRASIL, 2010, p.58). Com efeito, é imperativo construir o debate acerca de políticas alternativas de inserção social dos internos dos ECTPs, identificar as iniciativas pioneiras e verificar seus sucessos e desafios, para assim, delinear caminhos para um tratamento mais humano dentro das políticas de atenção psicossocial no Brasil.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

1.1. Os Manicômios Judiciários

O primeiro país a ter como prática a destinação dos seus loucos infratores a um estabelecimento específico, distinto dos demais alienados foi a Inglaterra, na prisão especial de Broadmoor², em 1863. Antes disso, em países como França ou Estados Unidos, os loucos infratores seguiam para anexos específicos de alguns presídios (CARRARA, 2010).

O surgimento dos manicômios judiciários no Brasil, no início do século XX, deve ser entendido no contexto dos debates das políticas públicas relacionadas à criminalidade, em fins do século XIX (FIGUEIREDO, 2003).

Na passagem do século, se delineiam as grandes cidades que formarão o meio urbano brasileiro. Com a sedimentação destes lugares, se torna imperativo o debate sobre a criminalidade e as ações do Estado para conter as infrações da lei e tentar ordenar o caos que vivenciavam os emergentes centros urbanos não planejados. Mais precisamente sobre a genealogia da formação urbana do município de São Paulo:

O intenso crescimento demográfico vivenciado na região ocorreu devido à industrialização, à formação de um mercado competitivo nos moldes capitalistas, à migração rural para as cidades, bem como a modernização da estrutura urbana. Concomitante a essas transformações, surgiu a necessidade de organizar o espaço urbano de modo a integrar a nova população ao sistema de produção capitalista, controlar os crimes e adequá-los ao sistema de vigilância – análise e disciplina – não mais no indivíduo, mas num contexto maior, o de acontecimentos coletivos (COSTA, 2009, p. 48-49)

Com a concentração de grandes quantidades de pessoas em cada vez menos espaço, o controle dos delitos se torna imprescindível. No contexto de rápido progresso e desenvolvimento brasileiro, a temática do controle da

² A instituição chamava-se inicialmente Broadmoor Criminal Lunatic Asylum (CARRARA, 2010)

criminalidade se torna objeto de estudos, mais precisamente da Escola Biológico-Positivista, onde se procurava o nexos lógico e causal do crime com os fatores biológicos e o contexto social onde estava inserido o sujeito criminoso (COSTA, 2009).

No fim do século XIX também notamos no Brasil a criação da psiquiatria como especialização da medicina, no Rio de Janeiro. Uma das justificativas apresentadas para a criação desta especialização destaca-se no discurso de Jose Pereira Rego, à época presidente da Academia Imperial de Medicina:

Se a responsabilidade de um fato criminoso é sempre uma questão grave, muito mais o é em face das presunções de ser o crime praticado por um louco; por isso que o desconhecimento dessa circunstância, por falta de convenientes pesquisas, pode dar lugar à imposição penal a homens que aparentem estar em condições normais de inteligência, mas que estão realmente loucos, e que, portanto, não podem ser responsáveis dos crimes e delitos que tem praticado, porque para sua execução não gozam de livre arbítrio (ENGEL *apud* COSTA, 2009, p. 63)

Neste sentido pode-se visualizar o interesse da criação do curso de psiquiatria no Brasil como uma ferramenta do saber científico na verificação da presença da loucura (ou ausência da razão), com a finalidade de demarcar uma fronteira entre o crime a insanidade.

Em 1890, o Código Penal definia que “os que se acharem estados de completa privação de sentidos e da inteligência no ato de cometer o crime” deveriam ser “(...) entregues às suas famílias ou recolhidos a hospitais de alienados, se o estado mental assim o exigir para a segurança do público”³. A legislação da época previa que os loucos infratores teriam como destino os hospitais de alienados, com os alienados que não haviam cometido nenhum crime. Tal fato causava dissabores entre psiquiatras da época. Alegavam que os hospitais não possuíam estrutura específica para o tratamento destes pacientes, tais como pavilhões especiais para a acomodação, bem como

³ Código Penal de 1890, artigos 27, 28 e 29 (COSTA, 2009, p.65).

pessoal em número suficiente para impedir a fuga e os atos violentos deles.

Segundo os psiquiatras da época, os loucos criminosos eram de outra natureza, se diferenciando dos demais pacientes psiquiátricos e, por conseguinte, tornava-se imperativo outro tipo de destinação para eles (COSTA, 2009)

O Decreto nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903 muda este cenário, definindo o manicômio judiciário como destino aos alienados que cometeram algum tipo de delito. No caso de impossibilidade do mesmo, os pacientes infratores deveriam se dirigir para divisões especiais dentro dos hospitais psiquiátricos comuns. Este decreto serviu de subsídio para a criação da Seção Sombroso no Hospício Nacional, onde se encaminhavam os loucos infratores. Após insistente pressão dos Doutores Teixeira Brandão e Juliano Moreira, em 1921 foi criado o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, sob a direção do psiquiatra Heitor Carrilho (COSTA, 2009).

Em 1934 é inaugurado o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha no Estado de São Paulo:

O prédio, que leva a assinatura do arquiteto Ramos de Azevedo, consiste de um edifício monumental dividido em três pavimentos. A frente do prédio é dividida em duas alas simétricas e uma parte perpendicular formando um T (...). Com uma arquitetura panóptica, as disposições dos guardas e porteiros permitiam uma visão completa dos corredores (COSTA, 2009, p. 69)

A arquitetura foi baseada no manicômio de Neustadt, em Holstein. Pelo hall central seria possível a um guarda observar o que acontecia nos corredores internos das três alas (SILVA, 1935).

Apesar de ser uma instituição denominada como hospital, a estrutura do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha mais se assemelhava a uma prisão de segurança máxima. Com efeito, a intenção de ser um estabelecimento voltado para a saúde e reabilitação do paciente para o convívio social não se sustentava, servindo mais como instituição de depósito dos seres humanos considerados perigosos para a manutenção do tecido social, bem como, um

locus que engendra poder disciplinar contra o sujeito. Para destacar a violência presente nestas instituições, podemos citar dois dos tratamentos mantidos por Franco da Rocha no hospital: a *malariaoterapia* e a *traumoterapia*. A primeira consiste na utilização dos sintomas da malária para a cura do paciente. Infectava-se o mesmo para tal objetivo. A segunda, criada pelo próprio Franco da Rocha, baseava-se na utilização do trauma corporal, como pancadas no corpo, jatos de água, choques, dentre outras (COSTA, 2009).

Neste sentido, a existência destas instituições disciplinares impõe:

A dor e o martírio na busca da sanidade do indivíduo perigoso. Seus enormes muros simulam a separação entre o bem e o mal, entre a normalidade e a anormalidade. Infligem uma vida de trevas aos internos e, aos indivíduos livres e normais, representam um alívio por saber que os loucos criminosos estão detidos atrás destes muros. Permanece a soberania de um mundo racional (COSTA, 2009, p. 111).

1.2. Movimentos Antimanicomiais

Contra este cenário de violência contra o sujeito, mantida não só por instituições como o manicômio judiciário, mas também pelas demais instituições de internamento forçado dos considerados loucos, na segunda metade do século XX cresce o clima de contestação da prática psiquiátrica, em geral, afigurados nos movimentos da luta antimanicomial e antipsiquiatria, destacando três focos: a antipsiquiatria inglesa, movimento promovido principalmente por Ronald Laing e David Cooper, a desinstitucionalização italiana, que teve como importante precursor o psiquiatra italiano Franco Basaglia, a partir do início dos anos 60, e a psicoterapia institucional e psiquiatria do setor francesas, inspiradas por ideias e práticas de François Tosquelles, Félix Guattari e Jean Oury.

Segundo Amarante (1996) a experiência da luta antimanicomial proposta pela experiência da desinstitucionalização italiana vai muito mais além do que

uma simples negação da ideologia psiquiátrica enquanto uma construção de um modo de ver e produzir ações sobre a doença mental; constitui-se numa experiência de desconstrução de toda a lógica psiquiátrica, da contradição de seu bojo enquanto teoria e prática, enquanto saber e fazer institucional. Não obstante, tal negação da prática psiquiátrica vigente atua em várias frentes:

Negação da instituição manicomial; da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição (...).(AMARANTE, 1996, p.73).

Enquanto diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste, Basaglia reformulou as políticas institucionais relativas à saúde mental, promovendo “serviços de atenção comunitários, emergência psiquiátrica em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido centro de convivências e moradias assistidas” (COSTA, 2009, p. 114), subvertendo assim a lógica institucional manicomial de violência e exclusão social.

Após três anos do desmembramento do Hospital de Trieste, a Organização Mundial da Saúde considerou o trabalho de Basaglia como referência mundial em termos de reformulação de assistência em saúde mental. Em maio de 1978 é promulgada na Itália a Lei nº 180, ou também conhecida como Lei Basaglia, que impede a criação de novos hospitais psiquiátricos, bem como o fechamento dos já existentes, garantindo assim uma vitória do processo de desinstitucionalização naquele país. Quando necessárias, as internações deveriam ser feitas nos leitos em hospitais gerais, com o limite de 15 leitos em cada hospital (COSTA, 2009). Além disso, foi estabelecido tempo limite para o período de internação, bem como abolido o estatuto de periculosidade social do doente mental. De uma forma sintética, Jacobina (2003) afirma que o ponto central de reforma psiquiátrica italiana se dá pelo conceito de cidadania, ao invés de reclusão e internamento. Mais além, o autor enumera os princípios básicos que norteiam a experiência italiana:

Abordagem interdisciplinar da saúde mental, sem prevalência de um profissional sobre o outro; negativa do caráter terapêutico do internamento; respeito pleno da especificidade do paciente, e da natureza plenamente humana da sua psicose; discussão do conceito de “cura”, não mais como “devolução” ao paciente de uma “sanidade perdida”, mas como trabalho permanente de construção de um “sujeito” (eu) ali onde parece existir apenas um “objeto” de intervenção terapêutica (isso); a denúncia das estruturas tradicionais como estruturas de repressão e exclusão; não-neutralidade da ciência; o reconhecimento da inter-relação estreita entre as estruturas psiquiátricas tradicionais e o aparato jurídico-policial (JACOBINA, 2003, p.61).

A reforma psiquiátrica no Brasil, segundo Amarante (1998), se insere na agenda de lutas pela redemocratização do país, iniciada na década de 70, principalmente, pela fundação do Movimento do Trabalhador em Saúde Mental (MTSM). Nas denúncias de atos violentos promovidos pelo governo ditatorial brasileiro, destacavam-se aqueles executados contra as populações dos manicômios. É um fato histórico que muitos perseguidos políticos eram enviados para esses locais, onde eram torturados e/ou mortos.

Como grande demarcação de uma grande mudança dentro do cenário da saúde mental brasileira pode-se destacar a realização da 1ª Conferência de Saúde Mental, em 1987, onde se encerra a trajetória sanitarista como renovação na desinstitucionalização. No II Congresso de Saúde mental é criado o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA). Em fins da década de 80 grande parte dos quadros da luta antimanicomial se inserem no poder estatal, de modo que grandes mudanças institucionais nas políticas públicas de assistência em saúde mental ocorrem, como a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, no ano de 1987, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos, bem como, as residências terapêuticas para egressos dos hospitais psiquiátricos fechados; também vale ressaltar o início da tramitação do Projeto de Lei 3657/89, do deputado Paulo Delgado (PT/MG), até sua aprovação em 2001.

O Projeto de Lei 3657/89 foi aprovado somente após 12 anos de

tramitação no Congresso e, em 27 de março de 2001, se transforma na Lei 10.216/01. Assim nasce a ferramenta normativa que abrange os direitos e a proteção dos portadores e portadoras de transtornos mentais. Além disso, muda a orientação do tratamento, de asilar e hospitalocêntrico para um modelo de rede ambulatorial extra-hospitalar (BRASIL, 2001).

Com efeito, a promulgação da Lei 10.216/01 pode ser vista como uma vitória do movimento de luta antimanicomial, em atividade desde 1970 no Brasil. Entretanto, os portadores de transtornos mentais infratores têm tido dificuldade de serem beneficiados pelo processo de reestruturação dos serviços de saúde mental. Além disso, na maioria dos Estados da federação, eles não têm tido qualquer acesso aos dispositivos de substituição da internação hospitalar. Como afirma Tilio (2007), a Reforma Psiquiátrica Brasileira com relação ao sistema de execução de medidas de segurança se encontra incompleta e em pleno processo, tanto no plano do direito penal, ainda atrelando um caráter de periculosidade ao doente mental, quanto no plano civil, já que ainda existe a interdição de direitos dos loucos, de qualquer gênero.

Os hospitais para loucos infratores resistiram à Reforma Psiquiátrica; alguns foram, inclusive, inaugurados após a Lei 10.216 de 2001, ocasião em que houve uma reorientação do cuidado da loucura — do modelo asilar para o ambulatorial (Brasil, 2001). Ainda há pessoas internadas em regime de abandono perpétuo: trinta anos é o limite da pena a ser imposta pelo Estado aos indivíduos imputáveis, segundo decisão do Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2005). Entretanto, o censo encontrou dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos. Jovens, eles atravessaram os muros de um dos regimes mais cruéis de apartação social. Idosos, eles agora esperam que o Estado os corporifique para além dos números aqui apresentados e reconheça-os como indivíduos singulares com necessidades existenciais ignoradas em vários domínios da vida (DINIZ, 2013, p. 13).

Nesse sentido, notamos ainda uma falta de elaboração das políticas voltadas para doentes mentais infratores. Outro ponto relevante é a falta da abordagem intersetorial, ou seja, que tais políticas fossem implementadas conjuntamente entre as áreas da Saúde e da Justiça (COSTA, 2009).

O cenário dos pacientes de transtornos mentais infratores no Brasil é preocupante. A maioria dos pacientes dos ECTPs nunca chegou a participar de um tratamento na rede do SUS; há um grande índice de retorno dos pacientes aos ECTPs por dificuldades de encontrar tratamento nas redes de acolhimento extra-hospitalar; o número de CAPS ainda é insuficiente para acolher a demanda e ainda existe grande resistência por parte dos profissionais dos dispositivos substitutivos em acolher os pacientes egressos. (BIONDI, FIALHO, KOLKER, s/d)

Diante de tudo o que foi exposto, podemos problematizar se o *modus operandi* dos atuais ECTP's na maior parte do país ainda diferem em larga medida da dos antigos manicômios judiciários no que se refere à observância aos direitos humanos e à Lei de Reforma Psiquiátrica, ou se atuam apenas como dispositivo perverso de despejo de subjetividades e corpos sem cidadania alguma e ausente de preocupações relativas à saúde e reinserção do usuário ao contexto social, em modo análogo a prisões brasileiras, denotando que o paradigma custodial predomina sobre o terapêutico. Para efeito de exemplo, os HCTP's paulistas não estão inseridos no Sistema Único de Saúde (LHACER, 2013).

Musse (2011), ao evocar o direito universal à Saúde prevista no texto constitucional, refere que é dever do Estado promover cuidados de atenção integral ao cidadão, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, (IPEA, 2008, p.108) independente de sua higidez mental ou de seu estado de conflito com a lei.

Enquanto a legislação penal encontra-se na contramão da luta

antimanicomial e, sobretudo, das políticas públicas da área da saúde mental e, em menor monta, de segurança pública, conforme já visto, alguns estados, notadamente Minas Gerais e Goiás e o Distrito Federal desenvolveram programas voltados para a atenção jurídica e psicossocial à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, que se encontram em conformidade com a lei n. 10.216/2001 e demais normas que estabelecem os parâmetros das políticas públicas em saúde mental no país (MUSSE, 2008, p.77).

Nesse sentido, para o propósito desse trabalho, foram escolhidos para o presente estudo os programas de tratamento aos loucos infratores do Estado de Minas Gerais e de Goiás, que primeiro desenvolveram iniciativas para adequar as execuções de medida de segurança às diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Por serem os primeiros programas a desenvolver tal trabalho, estão com as práticas mais sedimentadas, e estão servindo de modelo para os demais estados do Brasil em termos de desinstitucionalização dos HCTP's.

2 – MÉTODO

Para os propósitos dessa pesquisa, o contato inicial com as produções sobre o PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental) e o PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) foi feito a partir do que Bardin chamou de *leitura “flutuante”* (2010). A partir dessa técnica análoga ao do psicanalista, “a leitura vai se tornando mais precisa”, delineando de modo mais claro hipóteses que possam vir a surgir e modos de análise mais adequados ao campo em que se está inclinando na pesquisa (BARDIN, 2010).

Com efeito, pretendeu-se fazer uma revisão da literatura mais flexível em seu início, em que seus parâmetros pudessem se modular a partir do que foi encontrado na pesquisa inicial sobre o tema, num processo que se constrói no decorrer da leitura, não obstante se pautar pelo rigor a partir do momento em que os alicerces do expediente de análise estejam sedimentados. Tal

revisão se denomina narrativa.

Tal contato inicial também se propôs a melhor circunscrever o material a ser analisado com maior atenção e que de fato foi utilizado na descrição do PAILI e PAI-PJ para a posterior discussão sobre os dois projetos. Todos os documentos foram disponibilizados em formato PDF em suas respectivas fontes, e lidos no computador, e as anotações feitas em papel.

O primeiro contato com as publicações sobre o PAILI e o PAI – PJ obtive a partir de indicações da Prof^a. Dra. Adriana Eiko Matsumoto, ainda na fase de elaboração do projeto desta pesquisa na disciplina “Projeto de Pesquisa”, do 7º período do curso de graduação de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. As publicações, indicadas nas referências bibliográficas, são: “Implementação da Reforma psiquiátrica na execução de medidas de segurança”, cartilha online do Ministério Público de Goiás sobre o PAILI; as cartilhas do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, “Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator” e “Por uma Política Integral ao Louco Infrator”; tais documentos oferecem um panorama do funcionamento das duas políticas de saúde mental em relação ao louco infrator em Minas Gerais e em Goiás.

Mais adiante, entrei em contato com Haroldo Caetano da Silva, promotor público de Goiás responsável por implantar o PAILI no Estado de Goiás, para que indicasse produções mais recentes sobre o programa. Por e-mail, indicou a dissertação de mestrado defendida no programa de educação da Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR -, intitulada “*Uma Porta, Várias Saídas: análise do processo de reorientação da atenção à saúde mental de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei através do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)*”, de Lucio Costa. Entrando em contato com Lucio Costa, o mesmo me disponibilizou sua dissertação por email, bem como indicou outra publicação sobre o PAILI, intitulada “*Programa de atenção integral ao louco infrator: perspectivas de formação e inclusão social*”, dissertação de mestrado defendida no curso de mestrado em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, de autoria de Marcio Vinícius de

Brito Cirqueira. Lucio Costa, também por e-mail, havia indicado o título da dissertação e onde foi defendida, o que possibilitou a pesquisa no Banco de Teses da Universidade Federal de Goiás.

Além dessas publicações, foram pesquisados alguns bancos de dados com a finalidade de encontrar mais publicações que tivessem o PAILI e o PAI-PJ como temática: PEPSIC, BVS Psi, LILACS, e SCIELO, bem como banco de teses da CAPES, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), da Universidade Federal de Goiás (UFG) e da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), que são as universidades com maior evidência nos estados onde os dois programas estão implantados. Os termos de busca foram “atenção integral ao louco”, com e sem aspas.

Como resultado desse levantamento, feito em 10/09/2015, obtiveram-se, pelo BVS Psi, dois artigos: “*Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte*”, de Fernanda Otoni de Barros-Brisset, e o livro “*Da Razão ao Delírio - por Uma Abordagem Interdisciplinar do Conceito de Loucura*” de Fabricio Junio Rocha Ribeiro. No PEPSIC, o mesmo artigo da Fernanda Otoni de Barros Brisset foi encontrado, bem como outro artigo da mesma autora, “Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante”. Outro artigo encontrado foi de Haroldo Caetano da Silva, “*Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do pail*”. Pela SCIELO, foi encontrado o artigo “*O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO*”, de Martinho Braga Batista e Silva. A pesquisa no LILACS retornou os artigos já citados de Fernanda Otoni de Barros Brisset, Haroldo Caetano de Sila e Martinho Braga e Silva. Além desses, duas teses foram encontradas: “*O louco no hospital geral: imaginário sobre a loucura e desafios ao cuidado integral*” de Marina Fernandes do Prado, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca de Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ) e “*Justiça, Cidadania e Saúde: reflexões sobre limites, possibilidades e desafios para a implementação da Reforma*

Psiquiátrica nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo” de Patrícia Maria Villa Lhacer, dissertação de mestrado apresentada à Universidade de São Paulo (USP) pela Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde, Ciclos de Vida. O Banco de Teses da CAPES retornou a mesma dissertação de Marcio Vinícius de Brito Cirqueira. O Banco de Teses da UFMG retornou a dissertação de mestrado de Claudia Mary Costa e Neves, intitulada “*A decisão judicial enquanto ato e a construção do caso clínico no acompanhamento do louco infrator*”, pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas Departamento de Psicologia. Os Bancos de Teses da PUC-MG, e PUC-GO não apresentaram resultados. O Banco de Teses da UFG retornou a dissertação de Marcio Vinícius de Brito Cirqueira.

Mais adiante, com os descritores “PAILI” e “PAI-PJ”, nos mesmos bancos de dados, foram encontrados mais três artigos que não haviam sido encontrados na busca anterior, todos relativos ao PAI-PJ. No banco de teses da UFMG foram encontradas as dissertações “*Crimes do supereu: da insensatez da lei às suas ficções*”, de Maria Elisa Fonseca Goduardo Campos, e “*O acompanhamento terapêutico na psicose: possibilidades de uma orientação analítica*”, de Anamaria Batista Nogueira. No banco de teses da USP foi encontrada a dissertação “*Cuidar em liberdade: o usuário cumprindo medida de segurança em CAPS III*”, de Anna Luiza Monteiro de Barros, defendida na Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo.

Ao todo foram encontradas 16 publicações que versam sobre o PAILI e o PAI-PJ. Além destas publicações, foram analisados os artigos publicados Revista Responsabilidades, material interdisciplinar lançado pelo PAI-PJ e pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, que tematizam a problemática da intersecção entre a saúde e a justiça no universo das medidas de segurança. É uma revista semestral lançada em agosto de 2011, perfazendo ao todo sete volumes desde seu lançamento, contando com 57 artigos no total.

As publicações de Haroldo Caetano da Silva e Fernanda Otoni de Barros Brisset poderiam ser denominadas de documentos primários, pois o primeiro implantou o PAILI em Goiás e a segunda o PAI-PJ em Minas Gerais e

estão diretamente envolvidos nos dois projetos. Como primeiro projeto com a intenção de implementar a reforma psiquiátrica nos atuais Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil, o PAI-PJ pode ter influenciado o PAILI. Apesar de Haroldo Caetano da Silva ter formação no campo jurídico (promotor público), e Fernanda Otoni de Barros-Brisset ser psicóloga com formação em psicanálise, os dois buscam o objetivo de tornar o tratamento do louco infrator pautado pela reforma psiquiátrica e direitos humanos. Os dois programas atuam em estados diferentes da federação, e têm suas especificidades que serão abordados na seção seguinte deste trabalho. Dentro desta divisão de documentos primários, há a subdivisão de documentos publicados como cartilhas oficiais em portais governamentais (Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Ministério Público do Estado de Goiás e Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais) e publicações em banco de dados científicos. Ato contínuo, há os documentos secundários, que tangenciam os dois programas em seus trabalhos, mas não participaram do processo de implementação destes, apesar de muitos dos autores pesquisados trabalharem ou terem trabalhado em algum momento nos dois programas (caso evidenciado no PAI-PJ). Também completam a lista publicações que não analisam os dois programas, mas que foram encontradas no levantamento com os termos citados, não obstante tenham o cuidado ao louco infrator como pauta. Nesse sentido, foram selecionados por poderem vir a ser úteis na discussão do tema em foco.

Como critério norteador para considerar um artigo a ser utilizado como subsídio neste trabalho, se observou como fundamental a intenção de caracterizar o funcionamento geral desses dois programas, com a finalidade de se obter um panorama da execução das medidas de segurança em Minas Gerais e Goiás, bom como a história de implementação dos mesmos. Também a partir da leitura flutuante, foram consideradas publicações que versavam sobre a relação do PAI-PJ e do PAILI com o estado de coisas em outras unidades da federação com relação ao tratamento oferecido ao louco infrator, na medida em que pudessem acrescentar na discussão ao final deste trabalho, e evidenciar o papel desses dois programas como modelos de atenção integral

ao louco infrator para se adequar o resto do país às diretrizes da Reforma Psiquiátrica no que se refere à medida de segurança e Direitos Humanos. Este foi um critério utilizado para seleção de artigos dentre os 57 da Revista Responsabilidades. A partir da leitura dos respectivos resumos, foram escolhidos oito artigos somados às 16 publicações anteriores para subsidiar o trabalho nos capítulos que se seguem.

3 - REDIRECIONAMENTO: DO ENCARCERAMENTO AO CUIDADO

Como apontado nos capítulos 1 e 2, o sistema criminal está enrijecido em um modelo assistencial antiquado às transformações de compreensão do fenômeno da loucura. As conquistas da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Brasileira são pouco consideradas no que tange ao cuidado e à atenção ao louco infrator, principalmente porque se enquadra na lógica do encarceramento de certas populações e não no cuidado equânime, o qual propõe o SUS. Apesar, da situação pouco animadora no que tange ao manejo disponibilizado aos loucos em conflito com a lei, na esfera da saúde mental coletiva brasileira existem duas iniciativas consideradas pioneiras em âmbito governamental e que se pautam pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e que se mostram como alternativa viável na execução das medidas de segurança “por possibilitar a inserção do paciente no tratamento e no meio social, através de um projeto terapêutico singular, através de equipes multidisciplinares” (LHACER, 2013, p. 165), servindo de modelo para a reorientação do tratamento do louco infrator para o resto do país. Tais alternativas são o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), de Goiás, considerados exitosos no cuidado do louco infrator em consonância com as referências da Reforma Psiquiátrica (LHACER, 2013).

3.1. Minas Gerais: O PAI-PJ

O PAI-PJ "é resultado de uma experiência pioneira iniciada em 1999" (MUSSE, 2011, p.77) passando a ser projeto-piloto em 2000, e é importante por ser uma das primeiras iniciativas concretas a desafiar a lógica repressora e prisional dos manicômios judiciários, os atuais ECTPs, e se orientar pela atenção e pelo cuidado ao sujeito, referenciados na Lei de Reforma Psiquiátrica. Isso se faz com um acompanhamento da trajetória singular de cada indivíduo em medida de segurança, no sentido de que "essa política inovadora, enfim, se integra aos princípios constitucionais e fundamentais dos direitos humanos, às diretrizes da reforma psiquiátrica indicadas na Lei 10.216/2001, e essencialmente resgata a humanidade do portador de sofrimento" (BARROS-BRISSET, 2010a, p.30).

O antecedente para o início do projeto foi o IV Encontro da Luta Antimanicomial, onde se deu a campanha do Conselho Federal de Psicologia (CFP), denominada *Manicômio Judiciário... o pior do pior*, em Maceió, em novembro de 1999. Foi apresentado, em seu lançamento, o relatório da comissão de Direitos Humanos do CFP ⁴ que desvelava diversas violações de direitos de sujeitos em medidas de segurança em vários Estados do Brasil (BARROS-BRISSET, 2010a). O livro *Trem de Doido*, de Virgílio Mattos, recém-lançado à época, também foi apresentado no encontro e ocupava-se da problemática dos manicômios judiciários a partir de seu mestrado, oportunidade em que teve acesso ao Manicômio Judiciário Jorge Vaz, em Minas Gerais (BARROS-BRISSET, 2010a).

A seguir nesta mesa a psicanalista e psicóloga judiciária Fernanda Otoni de Barros-Brisset apresentou o resultado de sua pesquisa realizada em 1999, em que:

⁴ Presidido à época por Marcos Vinícius de Oliveira (BARROS-BRISSET, 2010a).

(...) reuniu o levantamento da situação jurídica, clínica e social de 15 processos criminais envolvendo loucos infratores, na Comarca de Belo Horizonte. A pesquisadora propôs que esses casos fossem acompanhados, em caráter experimental, por uma equipe multidisciplinar, que ficaria responsável pelo acompanhamento de um projeto individualizado, construído em parceria com diversas instituições envolvidas, como instituições de saúde mental da rede pública, Ministério Público e autoridade judicial. A novidade é que esse projeto era desenhado de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica e dos direitos humanos, orientados pela singularidade de cada caso. O projeto da pesquisa nasceu apoiado pela Lei Estadual 11.802/1995, cujo texto havia inaugurado os pilares normativos para o redesenho da assistência em saúde mental em Minas Gerais (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 20).

O acompanhamento desses 15 processos se deu em duas fases, promovido por graduandos em psicologia do Centro Universitário Newton Paiva – Belo Horizonte (MG), nas disciplinas estágio supervisionado IV e V, também no ano de 1999. A primeira fase consistia na verificação da existência, nesses 15 processos, de algum tipo de problema quanto à violação de direitos humanos com relação ao louco infrator; a segunda fase esboçava um projeto de inserção desses 15 sujeitos na rede de saúde pública e aludia a uma mediação entre a terapêutica e o normativo judiciário (BARROS-BRISSET, 2010a).

Vale ressaltar que no ano de 1999 a Lei 10.216/01 ainda não existia, apesar das vozes existentes nos movimentos antimanicomiais, bem como discussões para mudanças nas políticas públicas para o portador de sofrimentos mentais. E o contexto da medida de segurança em Minas Gerais também ocorria no cenário de superlotação, e disso decorria a dificuldade em alocar os sentenciados. Havia apenas um manicômio judiciário em Minas Gerais à época, o Manicômio Judiciário Jorge Vaz. No sentido de viabilizar o fluxo de medidas de segurança, o judiciário aprovou a medida emergencial de repassar os pacientes que doravante seriam sentenciados à medida de segurança para hospitais psiquiátricos da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Como consequência dessas novas medidas, houve

um:

tensionamento entre os hospitais psiquiátricos e os juizes criminais, pois a determinação judicial de internação desses indivíduos, por tempo indeterminado, contrariava a vontade política dos gestores em saúde mental, que estavam, àquela época, cuidando do processo de desospitalização dos portadores de sofrimento mental, de acordo com o projeto de saúde mental do município e a lei estadual 11.802/1995 (BARROS-BRISSET, 2010a, p.21)

Esse tensionamento produziu frutos no Instituto Raul Soares (IRS), um Hospital Psiquiátrico gerenciado pela FHEMIG, onde se alocaram muitos sujeitos em medida de segurança como medida emergencial face à superlotação do Manicômio Judiciário Jorge Vaz. Em 1999, o IRS tinha como gestor o psicanalista Wellerson Alkmin, que compôs com Fernanda Otoni de Barros uma comissão no IRS para que se buscasse uma alternativa para o modo como eram concretizadas as medidas de segurança até então (BARROS-BRISSET, 2010a).

A comissão era multiprofissional, estavam presentes atores do Ministério Público de Minas Gerais, do Sistema Único de Saúde, dentre outros, e permitiu experimentar a ideia de um projeto singular de tratamento para cada sujeito em medida de segurança encaminhado ao IRS, abrindo espaço para “um acompanhamento clínico e social que estivesse orientado pela singularidade de cada sujeito em particular, considerando os princípios da luta antimanicomial” (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 22).

Com efeito, o trabalho dessa comissão permitiu apontar para a necessidade de um novo modo de gerenciar as medidas de segurança, no sentido de:

inventar um dispositivo conector entre a justiça e a saúde, capaz de integrar, na condução de cada caso, as lógicas heterogêneas, discursivas e práticas, atuantes na interface do tratamento do louco infrator. Esse dispositivo conector teria por compromisso a mediação entre o tratamento em saúde mental e o processo jurídico, zelando para que a solução interinstitucional estivesse de acordo com a

singularidade clínica, jurídica e social de cada caso. A orientação dessa mediação seguia pistas que o paciente judiciário entregava nos espaços institucionais que passara a frequentar, na justiça ou na rede de saúde (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 22)

Nascia ali a necessidade de uma ponte entre o judiciário e a saúde e que permitisse minorar a planura judiciária das medidas de segurança, e que fomentasse o caminho para incluir a singularidade do sujeito no tratamento, sujeito esse tratado até agora como objeto.

O acompanhamento desses 15 pacientes continuou, mas a partir de dois de março de 2000 com um novo status: agora como projeto piloto sustentado pela Corregedoria do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, com a coordenação da psicóloga Fernanda Otoni de Barros-Brisset. O projeto contemplava os processos que tramitavam nas varas criminais da Comarca de Belo Horizonte, com o objetivo de realizar a intermediação entre a terapêutica (sustentada por dispositivos da saúde pública) e os aparelhos do judiciário, um ponto fundamental, pois o modo que a justiça entendia o tratamento era apenas pelo modo manicômio judiciário, e a saúde partia do pressuposto que a responsabilidade pelo louco infrator era apenas dos dispositivos do judiciário (RIBEIRO, 2006). O nome inicial deste projeto era *Projeto de Acompanhamento Interdisciplinar ao Paciente ao Paciente Judiciário*, ou PAI-PJ. (BARROS-BRISSET, 2010a)

Demonstrado seu potencial promissor enquanto projeto-piloto, e dentro do contexto de recém-promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a 10.216/2001, o PAI-PJ muda de status, doravante como Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, mantendo a mesma sigla pelo qual é conhecido atualmente. A iniciativa se deu pelo aval do sistema judiciário, a partir do Presidente do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, o Desembargador Gudesteu Biber Sampaio, e do Desembargador Murilo José Pereira, Corregedor-Geral de justiça do Estado de Minas Gerais, mediante a Portaria nº25/2001 (BARROS-BRISSET, 2010a).

O programa continuou atuando em parceria com o Centro Universitário

Newton Paiva e com o projeto de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte, dentre outros importantes atores que, de acordo com Barros-Brisset (2010a), sedimentaram uma secretaria de atenção integral ao louco infrator, com estrutura democrática baseada na forma de roda de conversa, com a finalidade de estruturar os rumos das políticas públicas que o PAI-PJ engendraria.

De modo mais específico, o modo de ingresso no programa pode partir do judiciário, ao encaminhar ofícios de juízes criminais, “familiares, estabelecimentos prisionais, instituições de tratamento em saúde mental e outros parceiros” (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 28). Com efeito, o encaminhamento é múltiplo, com várias portas de entradas, não necessariamente tendo a necessidade de o sujeito estar em medida de segurança. Não havendo medida de segurança ou algum tipo de indicação de patologia mental no processo encaminhado, há o pedido de avaliação intersetorial e multiprofissional (com atores do judiciário, saúde, para a avaliação clínica, e social), permitindo uma visão integral do caso com vistas à permissão para o programa acompanhar o caso. Com a autorização para integrar o PAI-PJ, o sujeito entra na rede de atenção e cuidado integral, dispondo de serviços na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de proteção social do Serviço Único de Assistência Social (SUAS). Com efeito, a lógica do acompanhamento se assemelha com o que existe nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), ao incorporar a ideia de Projeto Terapêutico Singular (PTS), permitindo ao sujeito se implicar no tratamento, podendo indicar sobre os rumos que tal projeto possa trilhar. O PTS não é estanque ou rígido, se abrindo a eventuais mudanças, caso se mostrem necessárias reavaliações em cada caso. (BARROS-BRISSET, 2010a)

O sentido da possibilidade de responsabilização do sujeito pelos seus atos remonta ao referencial da psicanálise, especialmente a francesa. Como afirma Barros-Brisset:

O programa se orienta pelos princípios da reforma psiquiátrica, através da Lei 10.216/2001, promovendo o acesso ao tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial. No

acompanhamento dos casos, segue, orientado pela clínica das psicoses do ensino de Lacan, privilegiando o acompanhamento cuidadoso de cada sujeito paciente judiciário, para que a execução da sentença possa se dar de forma a considerar os pacientes como sujeitos de direitos e capazes de responder por seus atos (2010a, p.28).

Convém descrever como se configura a equipe multidisciplinar do PAI-PJ, de modo a desvelar melhor o seu trabalho. Como afirma Barros-Brisset (2010a, p.30), “a equipe interdisciplinar do programa é composta de psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários em psicologia”. Os estagiários em psicologia atuam como acompanhantes terapêuticos, no caso de o usuário estar muito tempo em reclusão e suas redes de laços sociais terem se desvanecido, e incidem como um guia para novamente explorar o espaço social para além do manicômio judiciário, no sentido de gradativamente ser capaz de fazer atividades cotidianas e circular pelo espaço da cidade. Os assistentes jurídicos são os intermediários entre a saúde, a assistência social e a justiça, se debruçando sobre o andamento dos processos, dando devolutivas para a equipe e o usuário sobre os mesmos, bem como comunicando aos juízes responsáveis do caso sobre a evolução do paciente nas redes de saúde e assistência social, dentre outros. Ao psicólogo judiciário cabe assumir o espaço da escuta qualificada, o acolhimento do sofrimento psíquico do paciente, e encaminhar o usuário aos pontos da RAPS que possam somar ao tratamento. Os assistentes sociais judiciais incidem sobre as possibilidades de inserção social do sujeito acompanhado pelo PAI-PJ, com vistas a fomentar a garantia de direitos do sujeito em tratamento (BARROS-BRISSET, 2010a).

Com relação ao trabalho dos estudantes/estagiários de psicologia que atuam no PAI-PJ, a atuação é principalmente no sentido de dar assistência à saúde mental dos pacientes inseridos no programa, bem como a seus familiares, atuações sempre inseridas no universo da saúde pública. De acordo com Nogueira (2007), o trabalho de acompanhante terapêutico (AT) é efetuado por estudantes de psicologia ou profissionais já graduados do Centro Universitário Newton Paiva, e auxiliam na elaboração do Projeto Terapêutico Singular para cada paciente em acompanhamento no PAI-PJ.

O acompanhante terapêutico é um ator importante no trabalho desenvolvido pelo PAI-PJ, em seu papel de invenção de um novo cotidiano e de um novo espaço de ocupação da cidade, muitas vezes quebrado por episódios de internação e encarceramento (BEMFICA, RODRIGUES, 2014). Propicia um gradativo reconhecimento e uso do que a cidade oferece, bem como um elo para todos os serviços disponíveis pelo PAI-PJ, ofertando-os quando necessário.

Vale ressaltar que, para aqueles que estiveram por muito tempo encarcerados em manicômios judiciários, não é uma volta fácil à convivência social e à circulação permitida pela vida livre. Nesse sentido, o trabalho do AT (Acompanhante Terapêutico) inserido no PAI-PJ atua não só como um restaurador de laços que porventura tenham sido perdidos, mas também:

busca viabilizar a promoção de estratégias que possibilitem ao louco infrator a obtenção de novos laços, seguindo na contramão do empobrecimento afetivo e social ocasionado pelas instituições psiquiátricas. O programa apresenta o AT como um dos elementos propulsores da relação entre o paciente judiciário e a sociedade no exercício de seus direitos e a cidade (BEMFICA; RODRIGUES, 2014, p. 293)

Além disso, a grande maioria dos loucos infratores em medida de segurança é internada longe de seu território de convivências em razão do pequeno número de HCTP's no Estado de Minas Gerais. Por exemplo, no Manicômio Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena, boa parte dos pacientes vêm de outras cidades (BEMFICA; RODRIGUES, 2014). Com a ruptura de laços causada pela internação, aliada a outros fatores como abandono familiar, muitos pacientes decidem por fazer de Barbacena seu novo lar a partir dos serviços de reinserção disponíveis, como Serviços Residenciais Terapêuticos, no qual Barbacena é considerada referência nacional, contando com 28 Residências Terapêuticas (BEMFICA, RODRIGUES, 2014). Outros serviços que são aliados no acolhimento à cidade são a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), bem como os

demais componentes da RAPS, constituindo a rede de acolhimento e amparo do sujeito no meio social, assim fomentando novas possibilidades de criação de autonomia. O AT se insere neste contexto como mais um facilitador para a construção de um pertencimento em um novo lugar desconhecido.

O destino dos sujeitos em medida de segurança no Estado de Minas Gerais, anteriormente ao PAI-PJ, era totalmente um encargo do juiz, baseado nos laudos médicos psiquiátricos, implicando este destino às mãos de apenas um ator social. No entanto, o caráter multidisciplinar do PAI-PJ permite que mais vozes confluem para acrescentar ao tratamento do louco infrator. A decisão ainda emana da autoridade judiciária, entretanto, acresce toda a equipe do PAI-PJ como auxiliares para subsidiar a decisão do juiz, atuando como uma ponte de comunicação com os demais serviços de que o louco infrator faz uso, vicejando umnexo entre todas as contribuições desses dispositivos, que antes poderiam se fragmentar em completa dissonância. Não obstante, o judiciário tem a possibilidade de se integrar aos demais atores envolvidos no tratamento do louco infrator, seguindo sua atuação de abrir espaço para que o louco infrator acesse os serviços necessários para seu tratamento, e se:

conecta a essa rede maior de atenção ao paciente judiciário, através do PAI-PJ – uma secretaria para cada sujeito em particular e um serviço auxiliar dos juizes criminais no acompanhamento da execução da resposta jurídica ao ato-crime, pelo qual o indivíduo também responde (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 29).

Até 2010 o PAI-PJ ainda não era coextensivo a todo o Estado de Minas Gerais, se restringindo à Comarca de Belo Horizonte. Tal fato muda a partir de maio de 2010, quando o Tribunal de justiça de Minas Gerais integra cinco projetos e programas no Projeto Novos Rumos, com a intenção de humanizar a aplicação da Lei Penal em Minas Gerais, a partir da Resolução nº 633/2010, “com enfoque especial à reinserção social da pessoa em conflito com a Lei”. (LHACER, 2013, p. 59) Com essa normativa, o PAI-PJ atende a todos considerados pacientes judiciários no Estado de Minas Gerais, termo que engloba todo indivíduo em situação de sofrimento psíquico que seja indiciado,

réu ou sentenciado em processo criminal, englobando também o adolescente autor de ato infracional.

Integra também o Programa Novos Rumos, inserido no PAI-PJ, o Programa Catu, ou *Programa de Acompanhamento das Medidas Protetivas*. Criado em junho de 2010, no Núcleo Regional de Belo Horizonte, o Catu é responsável pelo acompanhamento dos casos em que adolescentes portadores de sofrimento mental cumprem medida socioeducativa. De acordo com o Tribunal de Justiça de Minas Gerais -TJMG- (2011), o nome se refere ao modo como os adolescentes se referiam quando queriam deixar um recado, ou seja, “deixar um catu”. Ao ser iniciado, foram encaminhados 13 casos pela Vara da Infância e Juventude para que fossem acompanhados pelo programa Catu (TJMG, 2011). São os técnicos da Vara da Infância que sugerem ao Juiz quem pode ser encaminhado para o Programa Catu. Em caso do mesmo concordar com a indicação, o adolescente que estiver submetido “à liberdade assistida, ou em prestação de serviço à comunidade (PSC), em 'semiliberdade', ou, até mesmo, em medida de internação, isto é, acautelado por algum ato infracional ou um ato de 'desobediência civil' (SILVA, 2012, p.313) é encaminhado para iniciar as atividades, que incluem “oficinas de percussão, gastronomia, artesanato, festivais de músicas etc., providenciadas por instituições parceiras, ligadas ao Estado de Minas Gerais ou à Prefeitura de Belo Horizonte” (SILVA, 2012, p. 313).

Em relação aos dados estatísticos sobre o PAI-PJ, duas fontes foram encontradas. Infelizmente ambas estão desatualizadas. A primeira se refere a junho de 2009 e consta na monografia de Barros-Brisset, quem em maior medida subsidia este capítulo, bem como são mais completos. A segunda consta do portal do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, e se refere a março de 2010 e apresenta dados menos completos, apesar de poucos meses mais atualizados. Tal fato dificulta a atual caracterização do programa, pois os dados são importantes para dimensionar o programa, bem como avaliar seu andamento desde o início de sua implantação.

De acordo com a monografia de Barros-Brisset, até junho de 2008, o

PAI-PJ já havia atendido:

1.058 processos criminais, numa parceria contínua entre a Justiça, o Ministério Público, a Rede Pública de Atenção em Saúde Mental e os dispositivos sociais da rede aberta da cidade. Foram acolhidos, nesse espaço mediador, 755 cidadãos, constituindo em cada caso a invenção necessária, através desses dispositivos conectores, produzindo o tratamento necessário ao sofrimento mental, buscando sua inserção na sociedade até cessarem suas relações com a Justiça. Desse total, 489 casos já foram desligados. Atualmente, 266 casos encontram-se em acompanhamento, e, desses, 210 encontram-se em liberdade, realizando tratamento nos dispositivos substitutivos ao manicômio e residem junto aos familiares ou em residências terapêuticas do Município. Esses sujeitos, de modo geral, fazem o seu tratamento na rede aberta da cidade e apresentam-se regularmente à Justiça para demonstrar sua responsabilidade na cidade (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 35).

Os dados presentes no portal do programa referem um total de 799 casos atendidos até março de 2010 (246 ativos e 553 arquivados), e definem que 70% dos pacientes estão cumprindo medida de segurança em casa, 23% em regime de internação e sete por cento internados na Rede Pública de Saúde (TJMG, s/d). De qualquer modo, vale ressaltar que a imensa maioria dos pacientes é atendida em liberdade, e não reclusa em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. A monografia de Barros-Brisset definia que 18 usuários estavam em regime de atenção 24 horas em serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial, como Centros de Atenção Psicossocial Adulto III, onde existe a retaguarda disponível para acolher casos de crise (BARROS-BRISSET, 2010a).

Vinte e cinco casos estavam em medida de segurança em que a internação era necessária, os demais estavam inseridos em algum tipo de tratamento ambulatorial (BARROS-BRISSET, 2010a). Mais além, existe a possibilidade de que sujeitos que estão no sistema prisional, ou seja, cumprem pena e não medida de segurança, possam ser acompanhados pelo PAI-PJ. Nesses casos, cabe ao juiz responsável pelo caso solicitar ao PAI-PJ para se

inserir no caso, e trabalhar sobre o projeto terapêutico adequado ao sujeito apenado em sofrimento psíquico, como a possibilidade de tratamento em CAPS, ou na Rede de Atenção Psicossocial disponível no município.

Até 2009 (data das estatísticas mais atualizadas de acordo com as publicações encontradas para o presente trabalho), a partir de pesquisa com os casos encerrados, verificou-se uma reincidência de dois por cento, em que os sujeitos voltaram a delinquir, entretanto, os delitos eram leves, não sendo registrada nenhuma ocorrência de crime hediondo ou de maior potencial ofensivo (BARROS-BRISSET, 2010a). O portal do programa não detalhava a reincidência, apenas referindo que é “praticamente zero” (TJMG, s/d).

3.2. Goiás: O PAILI

O PAILI foi inspirado no PAI-PJ e ambos têm o mesmo intuito, o de “oferecer escuta e acompanhar regularmente aqueles aos quais se costumava ofertar exclusivamente remédios com alto potencial sedativo e isolamento” (SILVA, 2010, p.654) nos manicômios judiciários ou HCTP's.

Mas antes, um breve histórico sobre as vicissitudes que levaram ao surgimento do PAILI, que gerencia os cumprimentos das medidas de segurança no Estado de Goiás.

O paciente psiquiátrico que cometeu ato infracional antes do surgimento do PAILI era encaminhado para o encarceramento em ala separada do antigo Centro Penitenciário de Atividades Industriais de Goiás – CEPALGO (hoje denominado Penitenciária Odenir Guimarães) (CIRQUEIRA, 2011).

Em 1996, o Ministério Público de Goiás (MPEG), através do promotor de justiça Haroldo Caetano da Silva, instaurou um inquérito civil público para averiguar a situação dos sujeitos submetidos à medida de segurança no CEPALGO. A partir desta investigação descobriu-se que havia quase 30

homens com transtornos psiquiátricos encarcerados há anos, podendo chegar a décadas, sem nenhum tipo de assistência ou cuidado para além do estrito encarceramento (MPEG, 2009).

Como consequências desse inquérito, duas medidas importantes foram tomadas, a partir de 1999. Em primeiro lugar, no mesmo ano de 1999, foi proferida pela Vara de Execução Penal de Goiânia decisão que proibiu o ingresso de novos pacientes submetidos a medida de segurança no CEPAIGO. A segunda medida, em 2001, proferida pelo Tribunal de Justiça de Goiás, determinou a soltura de pacientes que estivessem em condições ilegais de reclusão (MPEG, 2009).

Entrementes, novas medidas de segurança eram proferidas pela justiça, e naquele momento não havia um lugar para receber os pacientes, posto que o CEPAIGO havia sido impedido de exercer tal função. Para remediar essa situação, foi construído um novo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, concluído em 2001, mas que também não pode exercer sua função devido a recurso do Conselho Regional de Psicologia, pela inadequação do HCTP. Este acabou se tornando um presídio de segurança máxima, o Núcleo de Custódia (MPEG, 2009).

Houve novas tentativas de se construir outro espaço para sediar um novo HCTP para atender a demanda do Estado de Goiás para as medidas de segurança, novamente frustradas por não atender os requisitos mínimos para uma unidade de saúde. Não obstante, o cenário muda com o advento da Lei 10.216/2001, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica. Com efeito, dessa vitória dos movimentos antimanicomiais desvelaram-se novas possibilidades de se pensar o modo como são executadas as medidas de segurança.

Com a abertura fomentada pelo avanço legislativo, atores do movimento antimanicomial de Goiás, como o Fórum Goiano de Saúde Mental e o Conselho Regional de Psicologia, em parceria com o Ministério Público de Goiás, resolvem iniciar um levantamento sobre o estado coisas nas medidas de segurança no Estado, em 2003, no formato de um censo psicossocial no

Estado de Goiás, referente às condições dos internos em medida de segurança na região, supervisionado por Fernanda Otoni de Barros-Brisset (também coordenadora do PAI-PJ) e que, segundo Silva (2010), inspirou muito da filosofia e o trabalho posterior dos atores que estavam gestando o PAILI. Ainda que sem a estrutura jurídica e no âmbito da saúde (MPEG, 2009), germinava ali o núcleo duro do que futuramente ia se constituir como Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, o PAILI.

Mais adiante, os rumos de trabalho do PAILI vão tomando consistência:

Tem início então 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 necessário 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 (MPEG, 2009, p. 10-11).

Todo o trabalho para a criação de uma alternativa de tratamento dos pacientes submetidos a medida de segurança estava iniciado num caminho de difícil volta. Todo o terreno estava favorável para que se mudasse o tratamento disponível para os considerados loucos infratores no Estado de Goiás, agora que a legislação era favorável. Deste modo surge o PAILI, que foi:

instituído no dia 26 de outubro de 2006 mediante convênio pactuado entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás, a partir de proposta elaborada por este, o Programa contempla uma mudança de paradigma na execução das medidas de segurança, fazendo com que o assunto deixe de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança pública para ser acolhido de vez pelos serviços de saúde pública, mediante a participação da rede de clínicas psiquiátricas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e serviços substitutivos (CAPS) (MPEG, 2009, p.7).

O PAILI funciona no acompanhamento do paciente no decorrer de seu

tratamento, na medida em que desburocratiza o acesso aos dispositivos jurídicos disponíveis ao paciente. O paciente, no decorrer de sua medida de segurança, poderá ter acesso a serviços de saúde, como em clínicas psiquiátricas e/ou CAPS, em processo de atenção e cuidado individualizado. A equipe de saúde terá autonomia para decidir o projeto terapêutico de cada paciente, sem a dependência das decisões judiciais, permitindo assim a diminuição do tempo das internações que institucionalizam os pacientes. O programa também incide no âmbito familiar do paciente, no sentido de trabalhar para o restabelecimento dos vínculos para quando o mesmo voltar para casa (MPEG, 2009).

Com efeito, o programa atua acompanhando o sujeito em medida de segurança até a cessação da mesma, bem como exercendo papel de um intermediador entre a justiça, a saúde e a sociedade, com avaliação constante do processo a partir da interlocução desses três âmbitos (COSTA, 2014).

Dessa forma, o início demarcou um ponto de torção no tratamento do louco infrator, ao dissolver a responsabilidade da promoção da medida de segurança entre os atores da justiça (que detinham até então o monopólio sobre as escolhas terapêuticas) com a equipe de saúde, pensada de modo interdisciplinar, em que:

...os médicos e as equipes psicossociais das unidades de serviços abertos e das clínicas conveniadas ao SUS determinam e colocam em prática a melhor terapêutica, acompanhados de perto pelos profissionais do PAILI, cuja atuação é marcada pelo contato contínuo com os familiares dos pacientes e pela interlocução e integração com todo o sistema de saúde mental, especialmente os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas (SILVA, 2010, p. 114).

Como afirma Silva (2010), o corpo do processo da medida de segurança continua nas mãos do judiciário, não obstante o processo decisório do projeto terapêutico estará a cargo da saúde, na figura do médico.

Conforme siga a medida de segurança, o Ministério Público do Estado

de Goiás será o órgão fiscalizador, “acompanhando o desenrolar do procedimento judicial e, fundamentalmente, o tratamento dispensado aos pacientes pelas clínicas psiquiátricas e o regular funcionamento do PAILI” (SILVA, 2010, p. 115). Mais além, seguindo Silva (2010) o PAILI respeita os princípios do Sistema Único de Saúde, garantindo imersão num ambiente universal e democrático, não promovendo a exclusão de outros usuários de saúde, visando inclusão à sociedade, à família e ao território do sujeito.

Outro ponto que diferencia o PAILI das outras políticas que incidem sobre o louco infrator é a possibilidade de o sujeito responder perante o judiciário por seus atos. Com efeito, não fomentar o nexos entre o sujeito e seus atos não permite orientar a história de um indivíduo potente em sua autonomia, que é promovido pelo PAILI a partir da reordenação da trajetória da infração cometida, inserindo o usuário na ordem do sujeito e não mais do objeto.

O PAILI atua com uma visão integral no tratamento do louco infrator, convocando a saúde para compor o decorrer da medida de segurança, tirando o monopólio da visão judicial. Conforme diz o MPEG:

O Programa contempla uma mudança de paradigma na execução das medidas de segurança, fazendo com que o assunto deixe de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança pública para ser acolhido de vez pelos serviços de saúde pública (2009, p. 7).

Não apenas articulando com a saúde, o PAILI também opera com instituições das áreas da assistência social, segurança pública e com organizações não governamentais que estejam regularmente constituídas, de acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (2006).

Mais especificamente, ao iniciar o gerenciamento das medidas de segurança no Estado de Goiás, o PAILI se sustentou por uma atuação conjunta da:

Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, com o apoio do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Cidadania. O diálogo envolveu diversas instituições de diferentes esferas de atuação:

Secretarias de Estado da Justiça e da Saúde, a Secretaria da Saúde de Goiânia, a Procuradoria Geral de Justiça, o Tribunal de Justiça, além do Conselho Regional de Psicologia, do Fórum Goiano da Luta Antimanicomial e da rede de clínicas psiquiátricas, entre outras (COSTA, 2014, p. 82).

A partir de 26 de outubro de 2006 o PAILI assume o que se esperava dele desde sua gestão inicial, a gerência das medidas de segurança no Estado de Goiás, promovendo, assim, a mudança de paradigma necessária em que a medida de segurança atue mais no sentido terapêutico do que punitivo (COSTA, 2014).

Desde seu início até março de 2014, o PAILI atendeu 400 pessoas (378 homens e 22 mulheres). O programa, de acordo com Costa (2014), em seu início ocorria em municípios que haviam firmado convênio com a Secretaria de Estado da Saúde, culminando com 83 municípios conveniados, onde o PAILI estava presente. Agora o PAILI abarca todos os municípios do Estado, sendo a referência onde seja necessário acompanhar a execução de medida de segurança (COSTA, 2014).

O quadro atual do PAILI é apresentado por Costa:

Atualmente, 255 pessoas estão sendo acompanhadas pelo Programa. Dessas, 220 estão em tratamento ambulatorial, 35 encontram-se internadas em clínicas psiquiátricas conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS) e 26 ainda são mantidas em presídios do estado de Goiás (2014, p. 83).

Por conta de o Estado de Goiás não ter um HCTP, alguns pacientes cuja necessidade da internação foi avaliada cumprem a medida de segurança em clínicas psiquiátricas particulares conveniadas ao SUS – todos os pacientes têm acesso aos serviços do SUS, tanto os que estão em tratamento ambulatorial quanto em internações. Essas internações são compulsórias, na medida em que são ordens judiciais (COSTA, 2014).

Costa também apresenta o quadro geral do Programa:

Das 400 pessoas já atendidas pelo PAILI, 80 tiveram a medida de segurança extinta pelo juízo, dez não foram localizadas e 30 faleceram. Alguns dos não localizados são foragidos. Outros, simplesmente nunca tiveram o início de execução da medida de segurança (2014, p. 83).

Diferentemente do modelo anterior no estado de Goiás, o paciente tem alta a partir de um Laudo de Avaliação Psicossocial, que antes era Exame de Cessação de Periculosidade. Com efeito, no PAILI não se tem mais a noção de perda de periculosidade. Neste Laudo está registrada toda a evolução do usuário, no sentido da terapêutica e da restauração de laços sociais em seu território (COSTA, 2014). O paciente pode continuar sendo usuário nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) após o Laudo de Avaliação Psicossocial confirmar que o paciente não tem mais necessidade de acompanhamento do PAILI (COSTA, 2014).

Até o final de 2012, quando ocorreu o último levantamento, 17 pessoas que foram atendidas pelo PAILI reincidiram, 5% do total dos que foram atendidos até aquele ano (313), de acordo com Costa (2014).

Costa pontua a possível causa dessas reincidências:

Há que se destacar que, segundo informações colhidas junto à Coordenação do Programa, a razão prevalente dos casos de reincidência é, em sua esmagadora maioria, decorrente do rompimento com o tratamento, associado ao uso de drogas. Ainda segundo a Coordenação, os crimes que geram a reincidência são considerados de baixo potencial ofensivo, a exemplo de pequenos furtos (2014, p. 83).

Aqueles que são mantidos em presídios são acusados de terem cometido um novo crime, ocasião em que ficam à disposição do juiz do novo processo nos quais são indiciados (COSTA, 2014). A insuficiência da RAPS em Goiás também permite que ainda permaneçam presas pessoas que não cometeram novos crimes, pois as mesmas não dispõem de laços familiares, nem de Serviços Residenciais Terapêuticos (STR) ou outro equipamento público que possa acolhê-los em seu território (COSTA, 2014). Como medida para sanar este problema:

... o PAILI tem identificado quantas e quem são essas pessoas, a fim de trabalhar para o processo de sua reinserção, buscando, inicialmente, retaguarda em possíveis benefícios assistenciais, a exemplo do Benefício de Prestação Continuada (BPC), de modo que possam cobrir gastos essenciais de sobrevivência e dar início a tratamento na rede pública de saúde (COSTA, 2014, p.84)

Para Cirqueira (2011), o PAILI tem demonstrado grande potencial de socialização do louco infrator, ou paciente judiciário. O autor enumera os possíveis fatores que engendram esse potencial inclusivo, a saber: a inserção do louco infrator no tecido dos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial, marcadamente de caráter extra-hospitalares; a inclusão do paciente judiciário no ambiente democrático do SUS, cujo espaço é permitido o exercício da participação cidadã via controle social, potencializando ações que fomentem a autonomia do sujeito; a não distinção entre pacientes judiciários e os demais usuários nos serviços em que dispõem de tratamento, tais como hospitais conveniados ao SUS e os CAPS e pela formatação do trabalho do programa que privilegia justamente a ressocialização do paciente judiciário (CIRQUEIRA, 2011).

4 – DISCUSSÃO

Para a caracterização do funcionamento dos dois programas analisados neste trabalho, como anunciado na sessão método, foram encontradas 15 publicações, mais os oito artigos selecionados da Revista Responsabilidades, perfazendo 23 publicações. Cabe localizar, a partir de toda a caracterização exposta do PAI-PJ e do PAILI no capítulo anterior, aspectos em que se interseccionam os dois programas analisados, caminho provável pois o primeiro parece ter influenciado o segundo, servindo como modelo de inspiração; cabem, também, algumas considerações sobre o possível êxito ou não desses programas em atingir os objetivos a que se propõem.

No decorrer da leitura das publicações se observou que boa parte das mesmas utilizam dois textos considerados primários, conforme apresentado na seção método, para caracterizar os dois serviços em questão neste estudo. Nesse sentido, apesar do grande número de publicações, entre dissertações, artigos, cartilha e monografias, muitas utilizam a cartilha do PAILI (MPEG, 2009) como subsídio para seus respectivos trabalhos sobre este Programa; de modo análogo, ao descrever o PAI-PJ, os autores normalmente recorrem à monografia de Fernanda Otoni de Barros-Brisset, “Por uma política de atenção ao louco infrator”. Tal fato ocasionou a ocorrência de muitas repetições nos textos analisados. Mesmo textos mais recentes, por exemplo, utilizaram dados estatísticos destas publicações, o que foi um obstáculo para obter dados mais atualizados sobre os dois programas. No trabalho de Barros (2013), por exemplo, a autora refere dificuldade para encontrar trabalhos que abordem os dois programas, com o critério de serem textos para caracterização dos mesmos, para além daqueles de autoria dos dois respectivos fundadores, quando afirma que:

curiosamente não apareceu, em nenhuma das buscas com os descritores mencionados, o trabalho de uma experiência concreta em relação às pessoas cumprindo medida de segurança desenvolvido no estado de Minas Gerais (BARROS, 2013, p. 20).

Por fim, Barros (2013) acabou encontrando publicações de Barros-Brisset e Silva para sua dissertação. Nesse sentido, apesar do PAI-PJ ter sido o primeiro programa a ter surgido, o PAILI foi tema de duas dissertações, o que facilitou sua caracterização de funcionamento, pois esse tipo de publicação condensa maior quantidade de informações. O PAI-PJ pode ser visualizado a partir de um número maior de artigos, o que torna mais fragmentado seu reconhecimento. No caso do PAI-PJ também foi comum a ocorrência de textos mais conceituais que tinham o PAI-PJ como plano de fundo para trabalhar conceitos da psicanálise francesa, orientação teórica comum aos trabalhadores deste programa, fato que não ocorre nas publicações sobre o PAILI.

Os dois programas funcionam de maneira muito parecida de modo geral, no sentido que suas propostas e finalidades são semelhantes: a de adequar as

execuções das medidas de segurança aos ditames da Reforma Psiquiátrica, inserir socialmente o paciente psiquiátrico, acompanhando de modo integral todos os processos envolvidos no tratamento. Promovem uma mudança de paradigma, pois sai de cena a atuação acentuada no modo penal do antigo modelo referenciado no manicômio judiciário, para se pautar no foco terapêutico e no cuidado, insígnias mais incorporadas na ordem da promoção de saúde. Como descrito no capítulo anterior, o PAILI foi inspirado nos ideais e práticas do PAI-PJ, e seus atores se comunicam no sentido de aprimorar suas práticas.

A via de acesso para se integrar aos dois programas nasce da necessidade do sujeito em ser acompanhado em serviço de saúde mental. No caso do PAILI há a necessidade de uma ordem de âmbito jurídico, mas não fica claro nos textos pesquisados se esta ordem judicial define que o sujeito deve já estar em medida de segurança ou submetido a alguma ordem judicial. Na portaria do programa, anexo na cartilha do PAILI, o público-alvo se define como “pessoas portadoras de sofrimento mental que estão submetidas à medida de segurança no Estado de Goiás e aquelas que manifestarem sofrimento mental no transcurso da execução penal” (MPEG, 2009, p. 41). Por esta passagem da portaria, entende-se que para acesso ao programa de algum modo uma ocorrência judicial deve estar posta. Para acesso ao PAI-PJ, há a necessidade primariamente de ofícios de juízes criminais (BARROS-BRISSET, 2010a), que determinam o acesso ao programa. Como afirma Barros-Brisset (2010a), para integrar o programa não há a necessidade de haver uma sentença de medida de segurança ou incidente de sanidade mental, e o sujeito pode ser encaminhado por instituições de saúde, prisões, familiares ou outras instituições parceiras. Após encaminhamento, há avaliação multidisciplinar, contemplando os campos jurídicos, clínicos e sociais, a partir da qual há a decisão sobre a necessidade do acompanhamento pelo programa. Se esta avaliação decidir pela integração do sujeito ao programa, há o pedido ao juiz do processo para haver a autorização do início dos trabalhos por parte do PAI-PJ, dando início ao tratamento na rede de saúde mental, caso o paciente ainda não esteja inserido neste tipo de cuidado. A partir daí, os dois programas (PAI-PJ e

PAILI) se fundamentam na necessidade de um tratamento singularizado para cada paciente, discutido interdisciplinarmente na mediação entre atores.

A avaliação de cada caso, como foi exposto anteriormente, fica a critério da equipe interdisciplinar dos dois programas, a quem cabe a decisão da necessidade de inserção nos mesmos. Apesar de emanarem do juiz decisões de caráter peremptório, a rede de profissionais multidisciplinares que surge na mediação entre os programas e os demais serviços envolvidos no acompanhamento do paciente subsidia cada decisão. Como é afirmado na cartilha do PAILI:

Entretanto, não é o juiz quem determina diretamente a modalidade do tratamento a ser dispensado ao paciente. O médico é o profissional habilitado a estabelecer a necessidade desta ou daquela terapia, com a fundamental colaboração das equipes psicossociais. Aliás, é a Lei da Reforma Psiquiátrica que exige *laudo médico circunstanciado* como pressuposto elementar para a internação psiquiátrica em seu art. 6º (MPEG, 2009, p. 21).

Cabe aqui tecer uma crítica ainda no sentido das contribuições de diversos movimentos sociais que se organizaram recentemente contra a Lei do Ato Médico. Se os dois programas são positivos no sentido de acrescentar maior diversidade de vozes no tratamento do louco infrator junto ao juiz, seria um retrocesso substituir o poder do juiz pelo poder do médico, caindo na mesma problemática do olhar unidimensional sobre a questão da loucura e do crime. A referência ao poder de decisão do médico no PAI-PJ não é muito clara a partir da monografia de Barros-Brisset (2010a), e não foi encontrada também nas demais publicações sobre o mesmo. No que se refere à equipe interdisciplinar do PAI-PJ, Barros-Brisset descreve sua composição contendo “psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários em psicologia” (2010a, p. 29), que atuam “subsidiando a decisão judicial e conectando aos autos os relatórios cujo material foi tecido no trabalho com os diversos parceiros fora do sistema jurídico: trabalhadores da saúde mental, de organizações e entidades sociais, familiares, entre outros” (2010, p.29). No PAI-PJ é descrito que o juiz tem papel de acompanhar a sentença aplicada e permitir o acesso do usuário aos demais serviços necessários para

o tratamento.

Os dois programas prezam pela multidisciplinaridade, como se pode observar também na descrição da equipe do PAILI. Sua composição mínima compreende, de acordo com a portaria que cria o PAILI em 2006, “01 Advogado, 02 Assistentes Sociais, 01 Médico Psiquiatra e 04 Psicólogos, 01 enfermeira. A equipe de apoio ao Programa deverá contar com 02 auxiliares administrativos e estagiários das áreas da saúde e da justiça” (MPEG, 2009, p. 43). Em outro momento a cartilha define que a equipe que constitui o PAILI é formada por “advogada, assistentes sociais, psicólogas, acompanhante terapêutico e auxiliar administrativo, todos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde” (MPEG, 2009, p. 20). Apesar de definir que acompanhantes terapêuticos compõem a equipe do PAILI, não foi encontrada publicação que descreva como se dá esse importante trabalho neste Programa. Duas publicações tangenciam o trabalho do acompanhante terapêutico no PAI-PJ, e dimensionam a importância desse ator inserido no tratamento do louco infrator, pois permite ao louco infrator reatar/formular os laços necessários para o acesso à cidade e ao convívio cotidiano. Um posterior trabalho poderia aproveitar essa lacuna nas publicações e focar esse serviço dentro do PAILI, se ele ocorre, como é feito, o sentido de aumentar a resolutividade do programa. No PAI-PJ o trabalho de AT é efetuado por estagiários (as) de psicologia e profissionais já graduados, e discutido com a equipe multidisciplinar.

Outro aspecto que revela uma amplitude maior de atuação do PAI-PJ em relação ao PAILI é o tratamento oferecido aos adolescentes, promovido no chamado programa Catu. Não há referência nos textos sobre o PAILI a algo similar ao programa Catu, direcionado a adolescentes pacientes judiciários. Caberia também um estudo sobre a intersecção entre saúde e justiça no caso dos adolescentes em medidas protetivas ou socioeducativas e seu impacto na ressocialização, ou seja, se é positiva ou não sua inclusão num programa maior como ocorre no PAI-PJ, ou se o trabalho com esse público-alvo demanda a elaboração de algo mais específico.

Os dois programas se afirmam como mediadores do tratamento,

integrando a rede necessária para que os pacientes acessem os serviços de saúde aos quais têm direito. Nas palavras de Barros-Brisset o PAI-PJ é:

um dispositivo conector, que articula as ações dos operadores do direito com os equipamentos da rede pública municipal em saúde mental e da assistência social, tendo por orientação a singularidade clínica, social e jurídica do sujeito portador de sofrimento mental (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 84).

Nesse sentido, o contato do paciente judiciário será com serviços que se complementam aos trabalhos do PAI-PJ, mas são de outros campos de assistência e cuidado, como os serviços substitutivos da RAPS, representados pelos CAPS, Residências Terapêuticas, iniciativas de economia solidária e inclusão pelo trabalho (apesar de não haver referências a tais iniciativas nas publicações), bem como atores da seguridade social, nos serviços representados pelos CRAS e CREAS, ou seja, pontos de apoio e cuidado integral ao louco infrator. O uso desses serviços será decidido individualmente em Projeto Terapêutico Singular (PTS), a partir da necessidade do indivíduo e dos serviços disponíveis na cidade. A partir desse ponto, o PAILI também apresenta potencial conector e também se utiliza do mecanismo do PTS:

De caráter multi e interdisciplinar, o PTS leva em consideração diversos aspectos da vida daquele indivíduo. Em outras palavras, o PAILI não se limita em pensar o tratamento de maneira isolada da construção de um bem-estar social que cerca essa pessoa. A partir das referências do SUS, o Programa busca construir toda uma articulação com outras redes, a exemplo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e com uma rede que não está normatizada pelo poder público, mas que sem ela não se faz possível o PTS, qual seja, a rede comunitária social. Desse modo, não existe um roteiro único para a construção do PTS. É por meio da articulação com essas redes locais de saúde, da assistência social e da rede familiar e comunitária que, a partir dos equipamentos públicos existentes naquele município – tais como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS) e os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) – torna-se possível à pessoa construir o seu cuidado e, dessa maneira, a retomada da vida social (COSTA, 2014, p. 95).

Há maior referência nos escritos do PAILI em relação ao SUS e seus serviços, por exemplo, a Estratégia da Saúde na Família, importante ferramenta da Atenção Básica. Sua maior referência ao SUS talvez possa ser

explicada pela maior diferença existente entre os dois programas: o PAILI é um programa referenciado na Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, enquanto o PAI-PJ está vinculado ao Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Para uma mudança de paradigma no tratamento do louco infrator, que possa ultrapassar o antigo modelo penal calcado no asilamento e encarceramento, num sistema híbrido entre o que há de pior entre o manicômio e a prisão, para o modelo de cuidado em saúde, acolhimento, reinserção como um ator autônomo no tecido social, pesa este fato para o PAILI ser considerado uma experiência mais radical por estar mais desvinculado das instituições judiciárias, apesar do pioneirismo do PAI-PJ reconhecido por atores do PAILI (MPEG, 2009). Segundo Costa (2014) o PAILI consegue ter maior poder de decisão em relação ao sistema judiciário, e “é o único Programa na área ligado à estrutura de uma Secretaria Estadual de Saúde, não contando com outras atuações nas quais possa se mirar e perceber eventuais contradições ou equívocos” (COSTA, 2014, p. 116). Haroldo Caetano da Silva, promotor de justiça que implantou o PAILI em Goiás, foi agraciado em 2009 com o Prêmio Inovare⁵, na categoria Ministério Público, quando foi “celebrado nacionalmente pela inovação e ousadia” (SILVA, 2014, p. 214).

Apesar de os dados estarem desatualizados em relação ao PAI-PJ (tanto a monografia de Barros-Brisset, quanto o portal do Programa Novos Rumos, o qual o PAI-PJ integra, mostram dados de 2010), eles apontam que os programas estão funcionando bem. Os dados mais atualizados encontrados em relação ao PAILI estão na dissertação de Costa (2014). Um primeiro dado que pode indicar uma avaliação sobre o cumprimento dos objetivos do programa é o da reincidência. O PAILI apresenta reincidência de 17 pessoas que foram atendidas pelo programa, de um total de 400, ou cinco por cento (Costa, 2014). Em relação ao PAI-PJ, é referido um índice menor, em torno dos dois por cento, num universo de 799 casos acompanhados (ESTADO DE MINAS GERAIS, s/d). Dados sobre os dois programas revelam que dentre os

⁵ Prêmio destinado a práticas inovadoras promovidas por operadores do direito, sejam magistrados, membros do Ministério Público estadual e federal, defensores públicos e advogados públicos e privados de todo Brasil.

casos de reincidência não constavam casos de crimes hediondos (BARROBRISSET, 2010a) ou eram crimes de baixo potencial ofensivo (COSTA, 2014). Uma boa indicação de estudo posterior seria a de comparar os índices de reincidência antes da implantação dos dois programas em seus respectivos estados. Outro dado de avaliação é em que medida está sendo substituído o caráter hospitalocêntrico-asilar da medida de segurança, referido no dispositivo único do manicômio judiciário ou HCTP. No caso do PAILI, 220 pessoas são tratadas ambulatoriamente, de 255 que eram atendidas em 2014 (COSTA, 2014). Os que permaneciam ainda reclusos se dividiam entre quem estava internado em clínicas psiquiátricas conveniadas com o SUS ou em presídios. Não fica claro, nas publicações pesquisadas, o critério para o tratamento em internação ou a razão de pessoas cumprirem a medida de segurança em presídios. Sobre o PAI-PJ, dados mais atualizados estão presentes no portal do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), apresentando os resultados do Programa Novos Rumos, apesar de os dados se referirem a março de 2010. De acordo com o TJMG, existiam em 2010 246 casos ativos, dos quais 70 por cento cumpriam medida de segurança em liberdade, em casa, trabalhando ou estudando; 22 por cento em regime de internação e sete por cento internadas na Rede Pública de Saúde (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS, s/d). Não fica clara a diferença entre os dois tipos de internação, se os 22 por cento correspondem a internações em clínicas privadas e, se for este o caso, como seria essa relação, se tais clínicas particulares teriam convênio com o SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa se objetivou delinear um breve panorama de duas iniciativas brasileiras que procuram quebrar a lógica manicomial que resiste nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou manicômios judiciários, e esboçar uma imagem de seus respectivos funcionamentos.

Trilhamos também pela história dos manicômios judiciários e a trajetória

dos movimentos manicomial, vislumbrando a importância desses movimentos para a construção de uma sociedade que não mais incida contra a liberdade, não exclua e não mais produza doença a partir do indeferimento da formação e do cultivar de laços sociais.

Os esforços do PAILI e PAI-PJ procuram reorientar e reinserir o sujeito a partir do fomento de laços sociais como um dispositivo terapêutico, a partir da permissão ao sujeito em medida de segurança de circular nos espaços da rede de cuidado e acolhimento da saúde como da de garantia de direitos (CRAS, CREAS, etc.). No cerne da questão, está o empoderamento do sujeito, com vistas a ser capaz de participar novamente, ou até pela primeira vez, como sujeito de direitos no tecido social, com grande potência de formação de subjetividade. Cabe também ressaltar a possibilidade de criação de espaços de circulação para o paciente psiquiátrico, no sentido que os serviços hoje existentes possam sempre se reinventar e não apenas promoverem o mínimo descrito nas normas e portarias, como foi observado nas experiências inovadoras dos primeiros CAPS e NAPS surgidos no Brasil.

As experiências do PAI-PJ, bem como a do PAILI, demonstram que é possível criar um espaço de intersectorialidade, cooperação e compartilhamento entre os saberes da Saúde e da Justiça, e de como ambas não podem ser vistas como mutuamente excludentes ao tratar o complexo fenômeno da loucura no conflito com a lei.

São duas iniciativas que têm suas singularidades, apesar de muitas aproximações, acrescentando o fato de que a experiência mineira, por ser anterior, serviu de exemplo norteador. A experiência mineira se calca sobremaneira na tese de responsabilização do sujeito, no sentido que possa se empoderar e reorientar sua trajetória, muito influenciado pela psicanálise francesa. Outro ponto a se destacar é a importante vinculação do PAI-PJ ao olhar jurídico, sendo coordenado a partir do Tribunal de Justiça e do Ministério Público de Minas Gerais, apesar do importante clima colaborativo e horizontal que o trabalho multidisciplinar e multiprofissional possa oferecer.

O PAILI se destaca por ser gerido a partir da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, constituindo:

(...) o primeiro programa brasileiro estruturado no âmbito da saúde pública que aceitou o desafio de trilhar novos caminhos junto às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Ao contrário das múltiplas experiências de consolidação de novos serviços extra-hospitalares desenvolvidas desde a instituição da Lei 10216/01 – a exemplo dos CAPS que hoje totalizam mais de 2.000 no Brasil –, o PAILI é o único Programa na área ligado à estrutura de uma Secretaria Estadual de Saúde, não contando com outras atuações nas quais possa se mirar e perceber eventuais contradições ou equívocos (COSTA, 2014, p. 115-116).

Estar mais atrelado à Secretaria Estadual de Saúde permite, apesar disso não ser uma relação colateral, a atuação em função de princípios progressistas do Sistema Único de Saúde, firmado a partir de uma pactuação que preza pelos ideais democráticos, igualitários e colaborativos. O PAILI guarda para si a vanguarda em relação a esse deslocamento de viés, transitando da judicialização para a promoção de saúde e enfrentando o desafio de se mostrar como modelo de tratamento para o resto do Brasil da capacidade do Sistema Único de Saúde incorporar para si o manejo do tratamento do louco infrator.

Ademais, os dois projetos se mostram eficazes, como demonstram os baixos índices de reincidência, “próximo de zero”, como afirma Costa, L. (2014, p.79) em relação ao PAILI, e girando em torno de dois por cento em relação ao PAI-PJ (BARROS-BRISSET, 2010a).

No Estado de São Paulo há articulações para a constituição de um projeto inspirado pelas iniciativas do PAI-PJ e do PAILI. Denominado SAIPEMS – Sistema de Atenção Integral à Pessoa em Medida de Segurança, conta com o apoio da Corregedoria dos Presídios, da Defensoria Pública e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (LHACER, 2013). O SAIPEMS surgiu como projeto piloto em dezembro de 2008 a partir de iniciativa de profissionais do HCTP de Franco da Rocha, e orientação da Corregedoria

dos Presídios da Vara de Execuções Penais da Capital, diante do crescente tensionamento no horizonte da aplicação das medidas de segurança em sua distância dos referenciais normativos que regulam o acolhimento ao sofrimento psíquico (Lei 10.216/01), e das pressões de movimentos sociais da Luta Antimanicomial e Direitos Humanos. O projeto seguiu como Grupo de Trabalho que congregou além dos atores já referidos, a Coordenadoria de Saúde e Reintegração Social da Secretaria da Administração Penitenciária de São Paulo, a Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Defensoria Pública do Estado e Faculdade de Saúde Pública da USP, “com o objetivo de estreitar as diretrizes de um trabalho conjunto que atendesse aos ditames da lei 10.216/01” (LHACER, 2013, p. 188). Como objetivo fundamental, o SAIPEMS buscava orientar o tratamento dos internos dos HCTP's para serviços extra-hospitalares, como os CAPS e Residências Terapêuticas.

Infelizmente o SAIPEMS atualmente encontra-se engavetado e não há previsão de algum avanço em sua implantação no estado de São Paulo. A reorientação do tratamento do paciente judiciário no estado mais rico e populoso da federação, em que pese toda a sua complexidade de relações sociais/institucionais, poderia constituir um importante limiar para uma reforma contundente em todo o país, com vistas à extinção da figura do manicômio como alternativa de tratamento em saúde mental. Entretanto, vários obstáculos entravam o engajamento no projeto dos respectivos órgãos responsáveis pela gestão da saúde e da justiça, como a alegada falta de verba na Secretaria de Estado da Saúde ou o conservadorismo do Ministério Público do Estado de São Paulo.

Os dois programas ainda esbarram em barreiras que precisam de atenção, como a insuficiência da rede de atendimento, tanto na de saúde mental, devida ao ainda pequeno número de Centros de Atenção Psicossocial, por exemplo, quanto na de dispositivos da Assistência Social; além disso, o familiar do paciente em medida de segurança poderia se beneficiar em grande medida dos programas, não ficando claro como é o manejo e inserção da

terapêutica em relação aos familiares dos usuários. São limites que funcionam para que as duas iniciativas possam continuar num caminho contínuo de melhorias.

Por fim, que ambos os programas possam servir de modelo e motivação para a reorientação no resto do país na lógica manicomial de tratamento dispensado aos pacientes psiquiátricos em conflito com a lei, ainda predominante em boa parte do Brasil.

REFERÊNCIAS

A casa dos mortos. Direção: Debora Diniz. Produção: Fabiana Paranhos, Flávia Squinca e Sandra Costa. Roteiro: Debora Diniz. [S. l.]: Imagens Livres, 2009. 1 filme (23 min), son., color. Disponível em: <http://www.acasadosmortos.org.br/#>. Acesso em: 01/11/2013.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, Anna Luiza Monteiro de. **Cuidar em liberdade: o usuário em medida de segurança em CAPS III.** São Paulo, 2013. 160p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

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

_____. Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante. **Revista Brasileira de Crescimento e**

Desenvolvimento Humano, v.20, n.1, p. 83-89, 2010b.

BEMFICA, Aline; RODRIGUES, Pedro. Algumas considerações sobre a função do acompanhante terapêutico no trabalho com o louco infrator e os entornos da cidade. **Revista Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 283-304, set. 2013/fev. 2014.

BRASIL. IPEA. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise: vinte anos da Constituição Federal**. 2. ed. Brasília: Ipea, 2008. v. 1. Cap. 3.

_____. **Projeto de lei Nº 10.216/2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário do Congresso Nacional. Brasília: 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16/05/2013.

_____. Sistema Único De Saúde. Conselho Nacional De Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BIONDI, Edison; FIALHO, Jorge; KOLKER, Tania. **A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01**. Disponível em https://docs.google.com/document/d/1y1RxYKBsaBfiWB7_MJ4NqBedXfJBFUNzLRqAHPki8cg/preview. Acesso em: 17/05/2013.

CARRARA, Sérgio Luis. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.20, n. 1,p. 16-29, 2010.

CIRQUEIRA, Márcio Vinícius de Brito. **Programa de atenção integral ao louco infrator: perspectivas de formação e inclusão social**. Goiânia, 2011. 167p. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás.

COSTA, Lucio. **Uma porta, várias saídas: análise do processo de reorientação da atenção à saúde mental de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei através do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)**. Sorocaba, 2014. 127p. Dissertação (Mestrado em Educação). Centro de Ciências Humanas e Biológicas, Universidade Federal de São Carlos.

COSTA, Maria Izabel Sanches. **Política de saúde mental – política de segurança: manicômio Judiciário, entre o hospital psiquiátrico e a prisão**. São Paulo, 2009. 174p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2013.

ESTADO DE GOIÁS. Ministério Público do Estado de Goiás. **Implementação da reforma psiquiátrica na execução de medidas de segurança. Goiás**: Ministério Público do Estado de Goiás/Secretaria da Saúde do Estado de Goiás, 2009.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria n.019/2006-GAB/SES. 31 de janeiro de 2006. **Cria o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)**. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_221_port0192006paili.pdf>. Acesso em: 08/05/2014.

ESTADO DE MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. **Programa Novos Rumos: Resultados**. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal/acoes-e-programas/novos-rumos/apresentacao/>>. Acesso em: 17/11/2015.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Saúde Mental e Direito: um diálogo entre a reforma psiquiátrica e o sistema penal**. Brasília, 2003. 99p. Monografia - (Curso EaD Especialização em Direito Sanitário). Fundação universidade de Brasília – Unb, Faculdade de Direito da UnB, Núcleo de Estudos em Saúde

Pública e Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ.

FIGUEIREDO, Juliana Arantes. **Manicômio Judiciário e Trabalho – um estudo sobre o sentido do trabalho como dispositivo de tratamento**. São Paulo, 2003. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). 90p. Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

LHACER, Patrícia Maria Vila. **Justiça, cidadania e saúde: reflexões sobre limites, possibilidades e desafios para implementação da Reforma Psiquiátrica nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo**. São Paulo, 2013. 297p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Parecer sobre medidas de segurança e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/2001**. Brasília: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2011. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf>. Acesso em: 28/10/2015.

NOGUEIRA, Anamaria Batista. **Acompanhamento terapêutico na psicose: possibilidade de uma orientação analítica**. Belo Horizonte, 2007. 88p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.

RIBEIRO, Fabrício Junio Rocha. **Da razão ao delírio: por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura**. Belo Horizonte, 2007. 132p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade de Minas Gerais.

SILVA, Antonio Carlos Pacheco e. **O manicômio judiciário no Estado de São Paulo**. (Histórico, Instalação, Organização, Funcionamento). São Paulo, 1935.

SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma Psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência de Goiânia do PAILI. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 111-114, 2010.

_____. Sobre violência, prisões e manicômios. **Revista**

Responsabilidades, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 201-217, set. 2013/fev. 2014.

SILVA, Neide Heliadora Pires da. Adolescência: do precipício ao sobressalto, da solidão à arte... uma travessia. **Revista Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 311-322, set. 2011/fev. 2012

TILIO, Rafael de. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, vol.17, n.37, p. 195-206, 2007.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. "**Novos Rumos**" **apresentam resultados**, 2011. Disponível em: <<http://tj-mg.jusbrasil.com.br/noticias/2572635/novos-rumos-apresenta-resultados>>.

Acesso em: 07/11/2015.