

**INSTITUTO ENSINAR BRASIL
FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI**

**PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO - PAI-PJ DE
TEÓFILO OTONI (MG): ANÁLISE COMPARATIVA DOS DADOS REGIONAIS E
ESTADUAIS**

**TEÓFILO OTONI
2017**

**AMANDA COELHO DE SOUZA
JOSEANE GUSMÃO FRANCA**

FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI

**PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO - PAI-PJ DE
TEÓFILO OTONI (MG): ANÁLISE COMPARATIVA DOS DADOS REGIONAIS E
ESTADUAIS**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Psicologia das
Faculdades Unificadas de Teófilo Otoni,
como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel Psicologia.**

**Área de Concentração: Psicologia
Jurídica e Saúde Mental.**

**Orientador: Prof. Msc. Marcus Macedo da
Silva.**

**TEÓFILO OTONI
2017**



FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI

FOLHA DE APROVAÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO - PAI-PJ DE TEÓFILO OTONI (MG): ANÁLISE COMPARATIVA DOS DADOS REGIONAIS E ESTADUAIS, elaborado pelas alunas AMANDA COELHO DE SOUZA e JOSEANE GUSMÃO FRANCA foi aprovado por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo curso de Psicologia das Faculdades Unificadas Teófilo Otoni, como requisito parcial da obtenção do título de

BACHAREL EM PSICOLOGIA

Teófilo Otoni, ___ de _____ 20__

Prof. Orientador

Prof. Examinador 1

Prof. Examinador 2

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida, por nos assistir ao longo desta trajetória a fim de superar os obstáculos, dando a oportunidade de podermos vivenciar este momento.

Agradecemos ao professor Lúcio Onofri, pela atenção e dedicação prestada, pela paciência e ensinamentos que possibilitaram a elaboração deste trabalho.

Ao nosso estimado orientador, Marcus Macedo da Silva, pelo empenho, cuidado e oportunidade de trabalharmos juntos, disponibilizando uma agregadora troca de conhecimentos.

À Patrícia Oliveira, assistente social do PAI-PJ de Teófilo Otoni, pelo suporte e acolhimento.

Agradecemos ao psicólogo do PAI-PJ de Governador Valadares, Robson Campos, pelo apoio, clareza e disponibilidade.

À Alessandra Bustamante, psicóloga do núcleo supervisor do PAI-PJ de Minas Gerais, pela receptividade, atenção e carinho.

E à todos que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste trabalho.

“O gênio, o crime e a loucura provêm, por igual, de uma anormalidade, representam, de diferentes maneiras, uma inadaptabilidade ao meio.”

Fernando Pessoa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATPs - Alas de Tratamento Psiquiátrico
CAMP-MG - Centro de Apoio Médico e Pericial de Ribeirão das Neves
CAPs - Centro de Atenção Psicossocial
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CPB - Código Penal Brasileiro
CT – Comunidade Terapêutica
ECTPs - Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HCTPs - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HPJJV - Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz
HTPWVC - Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa
IRS - Instituto Raul Soares
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPs - Núcleo de Atenção Psicossocial
PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
SRS - Superintendência Regional de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TJMG - Tribunal de Justiça de Minas Gerais

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Dados do PAI-PJ no Estado de Minas Gerais	46
Tabela 2- Dados do PAI-PJ de Teófilo Otoni/MG.....	47
Tabela 3- Dados do PAI-PJ de Governador Valadares/MG	48
Tabela 4- Comparação dos dados do PAI-PJ de Teófilo Otoni/MG com os dados do PAI-PJ de Governador Valadares/MG	49
Tabela 5- Comparação dos dados do PAI-PJ de Teófilo Otoni/MG com os dados do PAI-PJ do Estado de Minas Gerais	51

RESUMO

O PAI-PJ é um programa que acompanha os portadores de sofrimento mental que entram em conflito com a lei. Presente no Estado de Minas Gerais é um órgão auxiliar dos juízes de varas criminais que procuram estudar a singularidade de cada caso para promover junto à rede assistencial o seu tratamento. Com isso o programa subsidia a autoridade judicial com os elementos necessários para que ela possa decidir no transcurso processual de acordo com a individualização de cada caso. Este estudo teve como objetivo conhecer o processo de implantação e desenvolvimento do programa em Teófilo Otoni/MG, através de uma pesquisa documental, descritiva e quantitativa. Os dados foram coletados e relacionados numa perspectiva regional e estadual, apontando as possíveis contribuições do programa na região. Diante da análise dos resultados obtidos foram identificadas dificuldades quanto ao funcionamento do programa a partir da necessidade de uma maior articulação com outros serviços auxiliares. Porém nota-se de maneira geral que o programa atua efetivamente de forma substitutiva à modelos de segregação, buscando ampliar e desenvolver novos olhares singulares sobre um sujeito que em estado de sofrimento mental veio a cometer um delito.

Palavras – chave: Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário. Portador de sofrimento mental. Louco infrator. Periculosidade.

ABSTRACT

The PAI-PJ is a program that accompanies those suffering from mental suffering who come into conflict with the law. Present in the state of Minas Gerais is an auxiliary department of the criminal judges that study the singularity of each case to promote with the assistance network its treatment. By this it subsidizes the judicial authority with the necessary elements so that it can decide in the course procedural according to the individualization of each case. This study aimed to know the process of implementation and development of the program in Teófilo Otoni / MG, through documentary, descriptive and quantitative research. The data were collected and related from a regional and state perspective, indicating the possible contributions of the program in the region. In the analysis of the results obtained, difficulties were identified regarding the operation of the program, based on the need for a greater articulation of other auxiliary services. However, it is generally noted that the program effectively acts as a substitute for models of segregation, seeking to broaden and develop new singular looks before a subject who in a state of mental suffering came to commit a crime.

Keywords: Integral Attention to the Judicial Patient Program. Carrier of mental suffering. Crazy offender. Hazard.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 Concepção da loucura no processo sócio-histórico	21
2.2 Dos manicômios à reforma psiquiátrica brasileira	23
2.3 Trajetória política, institucional e conceitual do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ)	34
3 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DA PESQUISA	43
3.1 Classificação da pesquisa quanto aos fins	43
3.2 Classificação da pesquisa quanto aos meios	43
3.3 Tratamento dos dados	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1 Análise dos dados do PAI-PJ de Teófilo Otoni/MG com os dados do PAI-PJ de Governador Valadares/MG.....	49
4.2 Análise dos dados do PAI-PJ de Teófilo Otoni/MG com os dados do PAI-PJ do Estado de Minas Gerais	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
ANEXO I.....	61
ANEXO II.....	63

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda como tema as contribuições que o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) tem trazido para a sociedade da região de Teófilo Otoni/MG. Os portadores de sofrimento mental são reconhecidos como um dos grupos mais excluídos socialmente, se o mesmo está em conflito com a lei a situação de aceitação se torna ainda mais difícil para a sociedade. Quando o portador de sofrimento mental é julgado como incapaz de compreender a natureza ilícita de seu ato, o mesmo é considerado inimputável pelo Código Penal Brasileiro (CPB), que prevê a isenção da pena. Sendo assim, o juiz irá determinar o cumprimento da medida de segurança por um período mínimo de três anos e máximo de 30 anos, com o propósito de garantir o tratamento e a proteção social. Existem duas modalidades de aplicação da medida de segurança nos casos de pacientes portadores de sofrimento mental, sendo elas: a internação que é atribuída à pena de reclusão e o tratamento ambulatorial, para os casos julgados como pena de detenção. Mas o que acontece na maioria dos casos, independente do crime cometido, devido ao fato da presunção de periculosidade atribuída ao portador de sofrimento mental, é a internação como medida de segurança mais adotada.

O PAI-PJ realiza o acompanhamento do portador de sofrimento mental que cometeu algum crime, auxiliando o juiz na aplicação e execução da sentença e na promoção da inserção social do sentenciado. Essa inserção é monitorada pelo PAI-PJ e executada pelos serviços de saúde mental em articulação com a rede pública de saúde, bem como das políticas intersetoriais articuladoras de ações entre o sistema de justiça, saúde e assistência social, vinculado à rede de serviços oferecidos à população. Promove soluções singulares para casos singulares, sem abrir mão da responsabilidade do sujeito diante dos atos do qual é autor. Isso trás consequências na ampliação de sociabilidade e resgate da dimensão humana que resiste em cada cidadão, secretariando o paciente judiciário, em sua construção do laço com a família, comunidade e/ou território social.

Os psicólogos do Programa fazem o acompanhamento dos pacientes, buscando acolher e ouvir o que para cada um deles funciona como uma maneira de tratar o sofrimento. Em seguida, encaminha aos pontos indicados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de cada município para favorecer a expansão dos

recursos de tratamento, onde o paciente poderá procurar em caso de crise. Cada caso é acompanhado através de discussões da equipe multidisciplinar com a rede pública de saúde e intervenções na comunidade assim como acompanhamento de atividades diárias, de acordo com cada peculiaridade. É um trabalho pautado em uma conduta antimanicomial, porque se contrapõe à lógica da segregação para todos, de uma resposta igual para todos e constrói com cada caso, de acordo com a história clínica, com a história jurídica e com os recursos sociais que cada paciente encontra ou não. Um projeto que vai subsidiar os juízes na decisão da aplicação de qual medida ser aplicada para cada caso.

Sendo assim, foram apresentadas as conclusões obtidas através de uma pesquisa quantitativa, descritiva e documental, dos acompanhamentos feitos pelo programa PAI-PJ de Teófilo Otoni/MG, comparados aos dados do PAI-PJ de Governador Valadares/MG e os dados estaduais, bem como a quantidade de usuários. Trazendo a importância desse acolhimento com o objetivo de promover a reintegração do indivíduo para com a sociedade. Rompendo e substituindo condutas que ferem diretamente os direitos humanos fundamentais, tais como a dignidade diante das condições de tratamento empregadas e o direito à igualdade tendo em vista a privação da sua liberdade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Concepção da loucura no processo sócio-histórico

A concepção de “loucura” foi criada desde as primeiras civilizações, e conforme a evolução das épocas, as suas crenças, interesses e descobertas foram se alterando. Visto como algo sobrenatural, supersticioso, místico, na Idade Média as pessoas eram consideradas loucas por não seguirem os padrões impostos pelas grandes forças da época (Estado/Igreja) representando uma grande afronta a esses núcleos de poder. Sendo assim, eram utilizados tratamentos excludentes com relação às demais pessoas da sociedade, pois os ditos loucos e alienados portavam algo que teria sido destinado a viver e que fugiam dos preceitos religiosos. Sendo diferenciados por suas ideias e comportamentos que não condiziam com “a maioria” da população religiosa.

Foucault (2012), relaciona a concepção religiosa que a sociedade tinha na idade média diante de doenças contagiosas e da loucura. Nesta leitura o autor faz menção ao tratamento que a sociedade direcionava aos leprosos, aos portadores de doenças venéreas e posteriormente de forma igualitária às pessoas consideradas insanas. Trazendo assim a ideia que a imagem de exclusão e periculosidade atribuída à figura do louco atravessou séculos e foram mantidas algumas de suas características.

A Reforma Religiosa na idade moderna descentraliza o poder da igreja, e são feitas algumas modificações com relação ao contínuo estabelecimento de uma causalidade sobrenatural a respeito da concepção da loucura ocasionando uma ruptura sobre essa visão antiga e desenvolvendo um novo olhar. Neste momento, a sociedade, sob influência do pensamento de Descartes, passa a entendê-la como um processo de “desrazão”. De acordo com Foucault (2012, p. 54),

A dúvida de Descartes desfaz os encantos dos sentidos, atravessa as paisagens do sonho, sempre guiada pela luz das coisas verdadeiras; mas ele bane a loucura em nome daquele que duvida, e que não pode desatinar mais do que não pode pensar ou ser.

Esse processo se dá também em decorrência do avanço do Capitalismo nos séculos XVII e XVIII, pois o estigma de pobreza e invalidez chama a atenção do

Estado que passa a ver essas pessoas como inúteis à produção. Sendo assim, além da loucura ser desvinculada às causas sobrenaturais, com o surgimento dessa nova visão crítica de desrazão e do processo capitalista, o Estado vê essas questões de vulnerabilidade como inutilidade. Diante desse quadro é encontrada como solução a segregação dessas pessoas em Hospitais e Asilos.

A Idade Moderna foi marcada pela criação do Hospital Geral de Paris em maio de 1657, período denominado como Grande Internação, com o objetivo de recolher pobres, pessoas que não trabalhavam e posteriormente os loucos. Com tratamento “assistencial” e medidas cada vez mais rigorosas, esses hospitais foram se expandindo como ferramenta de segregação das escórias da sociedade. Como alternativa de “cuidado” para a pobreza e para a loucura durante o século XVII e XVIII, o que fez com que a sociedade associasse cada vez mais a loucura a um status de doença e a uma figura de agressividade/periculosidade. Foucault (2012, p.56), relata o papel exercido por esses hospitais na época, tanto em critérios utilizados para a internação, quanto de tratamento.

Trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. É preciso também zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam ali estar.

No século XIX, pós Revolução Francesa, aparece uma figura de forte influência para a medicina e psiquiatria, o francês Philippe Pinel, que terá um papel fundamental na mudança da concepção da loucura, na libertação de pacientes internados no Hospital de Bicêtre e por outro lado na criação de manicômios e asilos específicos para abrigar os loucos. Conforme Amarante e Torre (2001, p. 3),

A argumentação de Pinel a favor da institucionalização tem como base dois pontos fundamentais relacionados ao conceito de isolamento. Por um lado, no princípio do hospital como lugar de exame, em que isolar é o a priori do conhecer, tal qual no método da Botânica de Lineu, explicitado por Pinel em seu *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* ou *lamanie* como o método mais adequado à ciência. Por outro lado, o isolamento é terapêutico pois a instituição passa a ser organizada de forma a afastar as influências maléficas, morbígenas, que causam e agravam a alienação: a instituição é o instrumento de cura.

O Hospital Geral Francês serviu ao longo dos seguintes anos como modelo de segregação para pessoas alienadas, mendigos, prostitutas, mães solteiras, a

pedido das próprias famílias e/ou autoridades; eram também encaminhadas por determinação judiciária “loucos” que em decorrência da sua “loucura” viessem a cometer um crime, e a partir de então vistos pela sociedade como criminosos, perigosos e comprometedores da ordem pública. Essa ideia de encaminhar e internar os alienados que cometeram algum crime, levando-os a cumprir uma sentença ou pena jurídica pelo seu ato através da internação compulsória, traz ao louco infrator¹ uma diferenciação social e um ideal de periculosidade por ser “louco” primeiramente e por ser um louco infrator. Surge assim a ideia de incapacidade do portador de sofrimento mental infrator diante da condição de responder pelos seus atos, termo logo mais utilizado como Inimputabilidade.

Maranfanti *et al.* (2013) mencionam que concebia-se que na hipótese da prática de alguma infração penal por parte do alienado, este não deveria ser punido, tanto pela piedade ocasionada pela doença mental, quanto pela noção de responsabilidade do mesmo, isto é, pelo entendimento da total falta de compreensão que o alienado possuía dos atos que cometia. A guarda da pessoa alienada era atribuída tradicionalmente aos seus parentes mais próximos. Caso seus familiares não dispusessem de meios para lidar com tal encargo, recorria-se ao Poder Público.

Como ainda não havia legislação alguma que dispusesse dessa forma de tratamento e responsabilidade penal dos portadores de sofrimento mental, estes quando abandonados pelas suas famílias, por serem concebidos através da sua periculosidade tornavam-se responsabilidades do Poder Público. Conforme a gravidade do crime e o estado de sanidade apresentada, eram encaminhados para a internação.

2.2 Dos manicômios à reforma psiquiátrica brasileira

No Brasil, em meados do século XIX, em meio à evolução socioeconômica do Rio de Janeiro devido à abertura dos portos e conseqüentemente a intensificação do comércio, a medicina surge através de uma lógica curativa e responsabiliza-se por uma ordem social diante do controle da população. Visto que com o passar dos anos eram crescentes os números de internações nas das Santas Casas de Misericórdia sem distinção quanto ao seu público dentre eles as pessoas tidas como alienadas.

¹ Nomenclatura utilizada para referir-se ao portador de sofrimento mental infrator. Termo empregado por alguns autores, tais como Silva (2010), Maranfanti *et al* (2013), Barros-Brisset (2010).

Os gritos daqueles que foram internados de forma compulsória ecoavam pela cidade, o que chamava a atenção para a ordem social e por acarretar diversas denúncias de maus tratos inferidas às Santas Casas. Cria-se então, após a assinatura de Pedro II o primeiro manicômio na América Latina em 1852, o Hospício Dom Pedro II inaugurado no Rio de Janeiro; espelhando-se no modelo asilar francês, localizado na baía de Botafogo e iniciando com 140 leitos, estes subdivididos por classes sociais.

Entre os de primeira classe, chama atenção serem pacientes moradores da corte, brancos, cidadãos, fazendeiros ou funcionários públicos, e em número muito pequeno em relação às outras classes. Na segunda classe, encontramos lavradores e pessoas que têm o ofício de prendas domésticas, ainda brancos e livres. Na terceira, são todos escravos, pretos, pertencentes a um senhor importante, já que na sua identificação possuíam apenas o primeiro nome seguido da nomeação senhorial: escravo de tal senhor, com nome e sobrenome para o seu imediato reconhecimento na corte. (BRASIL, 2008, p.23).

Seguindo o mesmo modelo asilar francês em 12 de Outubro de 1903, 51 anos após a criação do primeiro manicômio da América Latina, cria-se o Hospital Colônia, localizado na cidade de Barbacena-MG. As pessoas encaminhadas para este hospital eram agrupadas nos mesmos pavilhões sem distinções de sexo ou tratamento adequado, recebiam diagnóstico errôneo sobre o seu estado mental, e então retirados do convívio em sociedade por não se adequarem àqueles padrões exigidos e por não serem compreendidos a partir da subjetividade e singularidade, eram privados desse meio. De acordo com Arbex (2013, p.23),

a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos.

Esses manicômios bem como o Hospital Colônia eram caracterizados por internarem e manterem sob condições precárias de higiene e de alimentação homens, mulheres, crianças e idosos privados de suas necessidades básicas. Vivendo todos juntos sem divisão por sexo ou faixa etária, andando nus e recebendo tratamentos que eram realizados de forma sub-humana com indução a dor, para punir aqueles que burlarem as ordens; técnicas de afogamento, camisas de força,

arrancamento de partes cerebrais nas técnicas de lobotomia e eletrochoques eram contínuos. O tratamento medicamentoso era realizado de forma excessiva, e muitas vezes, sem um diagnóstico correto quando este não era então padronizado a muitos internos para receber aquele tipo de medicação.

Segundo Arbex (2013), essas técnicas eram realizadas constantemente com o objetivo de “amansar” os pacientes mais agitados, muitas vezes as sessões de eletrochoques eram tão constantes que a sobrecarga derrubava a rede elétrica do município. As atrocidades cometidas no Hospital Colônia durante cinquenta anos perpassam por toda a história causando perplexidade, pela sua forma de segregação e pelo tratamento desumano, bárbaro e insensível. Sendo associada então ao holocausto, pela sua forma perseguidora e cruel de impedir que pessoas vivessem livres em sociedade com as suas individualidades e gozando dos seus direitos. Muitas vidas nasceram no Hospital Colônia, algumas foram cessadas, outras viveram a maior parte dos seus dias naqueles pavilhões, trancafiados e privados da liberdade que lhes era de direito.

Conforme relata Arbex (2013), sessenta mil pessoas perderam a vida no Colônia. Em algumas das décadas denominadas como as mais dramáticas do país, fazendo parte do período em que a loucura dos ditos normais devastou-se, mais ou menos duas gerações de inocentes em 50 anos e 18.250 dias de horror. Restam hoje menos de 200 sobreviventes dessa tragédia silenciosa.

O “louco infrator” até então, recebia a mesma segregação e tratamento que os demais loucos, militantes políticos, mães solteiras, prostitutas, sendo juntamente internados e isolados em manicômios. Pois, apesar de posteriormente o Código Criminal do Império (1830) prever a inimputabilidade do louco infrator, não era determinado nenhum tipo de tratamento específico. Porém, a partir do século XX, o Decreto Nº 1.132 de Dezembro de 1903 em seu Art. 1º dispõe: “O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”.

Anteriormente a chegada da Coroa Portuguesa, vivia-se sobre preceitos e legislações distintas se comparadas após a chegada desta, dentre essas legislações anteriores à Coroa, a sentença de morte era utilizada de forma global, com uma única exceção empregando a inimputabilidade apenas aos indivíduos menores de 17 anos, aplicando-lhes uma pena menor ou reduzindo a sanção penal àqueles que se encaixavam entre a faixa etária de 17 a 20 anos. Era sentenciada a pena de morte

aos demais. De acordo Maranfanti *et al.* (2013), “o Direito Penal da época era refletido no livro V de tais ordenações, sendo a pena de morte a principal sentença, não possuía uma distinção clara entre crime e pecado.”

Porém, após o período de Independência do Brasil em 1824 e também descobertas da Psiquiatria desvinculando a loucura do misticismo, são feitos alguns avanços políticos e legislativos diante de uma nova Constituição e posteriormente um desses avanços é denominado como Código Criminal do Império em 1830, que se torna uma das primeiras legislações a citar o portador de sofrimento mental. O Código Criminal do Império

Estabelecia que o mesmo deveria ser recolhido em estabelecimento apropriado ou entregue para a sua respectiva família, como determinasse o arbítrio do juiz. Determinava ainda que o doente mental não seria julgado criminoso (salvo se em intervalo lúcido) e, dessa maneira, ao prever o recolhimento em instituição apropriada, previa uma espécie de medida de segurança. (MARANFANTI *et al.*, 2013, p.3).

Dessa maneira, loucos infratores eram isentos de pena, porém direcionados de acordo com determinação do juiz, ao recolhimento da família e em caso de não acolhimento desta, à instituições asilares. Com as evoluções das Leis Penais Brasileiras que se dão a partir do momento que são instituídas ao Código Penal Brasileiro através da aprovação pelo decreto nº 22.213, de 14 de dezembro de 1932, são consolidadas algumas leis já em vigor e modificadas outras.

Segundo Maranfanti *et al.* (2013), fica estabelecido que a presunção absoluta de inimputabilidade é direcionado aos menores de 14 anos, independente de terem agido com ou sem discernimento. Os surdos-mudos, os portadores de imbecilidade nativa e enfraquecimento senil continuaram sendo considerados não criminosos, assim como, aqueles no estado de completa perturbação de sentidos e de inteligência. Quanto ao tratamento destes, previa-se a internação em hospital de alienados aos indivíduos isentos de culpabilidade por afecção mental, contudo, também regulamenta a internação em asilos públicos, ou nos pavilhões reservados, enquanto os Estados não possuíam manicômio criminal.

Essa legislação citada inicialmente pelo Código Criminal do Império e sancionada no Código Brasileiro em 1932 é acrescentada logo mais no Código Penal de 1940. Continuando com o parâmetro de responsabilidade a partir da capacidade de entendimento, observando o sujeito como ser biopsicológico e

tratando os sofrimentos mentais como anomalias que devem ser corrigidas. Instituído-se, juntamente com as penas as chamadas “medidas de segurança”, principalmente aos casos de maior “periculosidade”.

Entretanto, com a Reforma de 1984 através da Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984 que se encontra em vigor até os dias atuais, são alteradas grandes partes do Código Penal de 1940, dentre essas alterações encontra-se a conduta de aplicabilidade de pena concomitantemente à medida de segurança ao portador de sofrimento mental infrator. Sendo assim, essa Reforma visa o

abandono do sistema do duplo binário, que possibilitava a aplicação da pena e da medida de segurança cumulativamente. O atual sistema, chamado de vicariante ou unitário, prevê que ao imputável, uma vez provada a acusação, a pena deve ser aplicada, enquanto ao inimputável, deve ser aplicada a medida de segurança, sendo o agente absolvido *impropriamente* (termo jurídico). (MARANFANTI *et al.*, 2013, p.6).

Ao que diz das medidas de segurança, uma vez que estas se tornam a principal conduta jurídica aplicada, abandonando-se a aplicação da pena em decorrência da Reforma Legislativa de 1984. A partir da constatação psiquiátrica e psicológica da ausência da capacidade de responder pelo seu ato no momento do crime e considerada a Inimputabilidade, o juiz sanciona então uma medida de segurança. Segundo a Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984 Art. 96:

As medidas de segurança são; Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; sujeição a tratamento ambulatorial. Parágrafo único – Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

As medidas de segurança são tratadas como sanções penais e se aplicam aos indivíduos considerados inimputáveis, levando em conta a alteração de artigos após a Reforma. Passando do Art. 22 para o Art. 26, porém permanecendo ainda com o corpo do texto, características e critérios descritivos da Inimputabilidade muito semelhantes.

Segundo a Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984 Art. 26, é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Os primeiros Hospitais e Casas de Misericórdia criados abrigavam todos os tipos de pessoas que eram considerados como alienados que vieram a cometer algum crime ou prostitutas, mães solteiras, mendigos, enfim, pessoas que comprometessem os valores da sociedade. No decorrer da evolução histórica esse “alienado infrator” que passa a ser julgado de forma segregada e internado, posteriormente passa a responder através de uma pena jurídica juntamente com medidas de segurança que diziam tratar a “patologia ou anomalia” desse alienado.

A partir dessa nova legislação, que diz da criação de estabelecimentos especializados para a internação de “loucos” que vieram a cometer algum delito, ou alas específicas e na ausência destes serviços os próprios manicômios em funcionamento. Esses estabelecimentos especializados surgem na década de 1920, 17 anos após o decreto, como Manicômios Judiciários. Segundo Carrara (2010, p. 17), “em 1921 é inaugurado oficialmente a primeira instituição do gênero no Brasil, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro”, no entanto, o mesmo voltará a ser mencionado posteriormente com nomenclatura distinta no período Pós Reforma Psiquiátrica. Ainda de acordo com Carrara (2010, p. 17),

Os manicômios judiciários são instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão – e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco.

Os modelos manicomial e hospitalocêntrico predominam no Brasil até o final do século XX. A partir da década de 70, mais precisamente em 1978, que de fato surgem e organizam-se mobilizações como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), grupo este composto por trabalhadores e integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com grande histórico de internações psiquiátricas. Surgem constantes denúncias diante dos maus tratos realizados e da violência nos manicômios diante da mercantilização da loucura, fazendo assim uma crítica ao modelo psiquiátrico de institucionalização da época, sobretudo preconizando os direitos dos pacientes psiquiátricos. Trazendo assim ideais para que seja realizada uma reforma do modelo assistencial até então vigente.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios

diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p.6).

Essas mobilizações ganharam ainda mais força com a influência das ideologias do psiquiatra italiano Franco Basaglia. Conhecido por desenvolver uma reforma psiquiátrica pautada na extinção dos manicômios e na substituição por serviços territorializados. Com a implementação das suas ideologias reformadoras na Itália, Basaglia preconiza a importância da substituição do processo de institucionalização por comunidades terapêuticas, rompendo com um modelo de exclusão social e empregando um cuidado humanizado. As propostas de Basaglia são praticadas inicialmente no Hospital Psiquiátrico de Gorizia e posteriormente em Trieste, ambas cidades italianas.

Segundo Amarante (1994), Basaglia é influenciado pelas experiências de Maxwell Jones, através da repercussão do seu trabalho com a comunidade terapêutica (CT), bem como, pela terapia institucional francesa. Passando a expandir então os seus trabalhos espelhados nesses modelos, contrariando condutas supressivas e quaisquer que sejam as formas violentas de tratamento.

É de grande inspiração a conduta e experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria com críticas direcionadas ao modelo manicomial, revelando a possibilidade de ruptura com os antigos modelos asilares,

como exemplo na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passando a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro) (BRASIL, 2005, p. 7).

No período compreendido pela década de 80 são feitas sinalizações de alguns dos primeiros avanços na saúde mental brasileira, que objetivam cuidados substitutivos à lógica de institucionalização do hospital psiquiátrico, através da construção de redes de atenção integrada. Em 1987 e 1989 surgem os primeiros serviços, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção

Psicossocial (NAPS) sendo que este último funcionava 24 horas, e ambos os serviços localizados no estado de São Paulo.

Posteriormente, na década de 90 através da assinatura da Declaração de Caracas, que o Brasil se compromete a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, e que subsequentemente passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, espelhadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e também as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

É também na década de 90 que ocorre a expansão desses serviços, porém ainda sem um direcionamento de recursos. “Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2005, p.8).

Outra grande conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira no campo legislativo visa regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Através do projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que dá entrada no Congresso Nacional em 1989 e é sancionada em 2001, após tramitar por 12 anos. Segundo a Lei nº 10.216, de seis de Abril de 2001, a assistência em saúde mental é redirecionada, dando privilégio ao oferecer serviços e tratamentos de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas por outro lado, não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

A partir desse impulso dado pela Lei 10.216, o processo de desinstitucionalização de pessoas internadas por um longo período ganha força, sendo ampliado a outros estados brasileiros e incorporado também à estratégia de redução de danos através da política traçada para a questão álcool e de outras drogas. Em 2004 realiza-se no estado de São Paulo o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, reunindo trabalhadores e usuários dos CAPS.

Entretanto, sem deixar de levar em conta os significativos avanços históricos, políticos e sociais na saúde mental citados anteriormente, um dos grandes desafios e condutas que vão contra os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira são os manicômios judiciários. Vistos como um espaço de exclusão e violência resistindo a

Reforma, e até mesmo outras instituições são implantadas no país após as idealizações desse movimento.

Essas instituições passam a responder em um período pós Reforma Psiquiátrica como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizadas em presídios ou penitenciárias. A forma de conduzir os “tratamentos” realizados por essas instituições ainda encontram-se como obstáculos em sua efetivação se comparados aos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Estas pessoas são submetidas, no entanto, à medida de segurança, espécie de tratamento compulsório, cuja principal consequência é a segregação perpétua ou por longo período, através da internação, da pessoa acometida de transtornos mentais que cometeu um crime ou uma infração (BRASIL, 2005, p. 23).

Consideradas como incapazes de responder penalmente por algum crime, e sancionada a sua medida de segurança, essas pessoas são segregadas e vivem à margem da sociedade, passando grande parte de suas vidas nessas instituições. A Lei Nº 7.209 de 11 de julho de 1984, em seu Art.97 parágrafo 1º dispõe: “A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade.” O prazo mínimo deverá ser de um a três anos.

Os manicômios judiciais resistiram à Reforma Psiquiátrica e aos seus ideais, que prezam pelo fim destes modelos asilares e hospitalocêntricos, porém agora como HCTPs e com respaldo jurídico para segregar essas pessoas, que são esquecidas. Esses sujeitos não respondem penalmente pelo delito cometido, visto que são considerados penalmente inimputáveis, porém recebem uma medida de internação que pode sentenciar a sua prisão perpétua.

De acordo com pesquisas realizadas pelo Censo, Diniz (2013), relata que no ano de 2011, o número total dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) no Brasil eram compostos por 23 HCTPs e Três ATPs localizadas em penitenciárias. Quanto a sua amostra populacional total nos 26 ECTPs, no mesmo ano de 2011, era de 3.989 indivíduos, sendo que 2.839 estavam em medida de segurança, 117 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 1.033 estavam em situação de internação temporária.

No estado de Minas Gerais são encontrados ainda em pleno funcionamento três Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sendo eles: O Centro de Apoio Médico e Pericial de Ribeirão das Neves (CAMP-MG), O Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa (HTPWVC), e o Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV).

O Centro de Apoio Médico e Pericial de Ribeirão das Neves (CAMP-MG) é uma das três instituições em funcionamento no Estado de MG, localizado na região metropolitana da capital Belo Horizonte foi inaugurado em 2002. De acordo com Diniz (2013, p. 140),

A população total do CAMP-MG era de 59 indivíduos, entre os quais 21 estavam em medida de segurança, 2 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 36 estavam em situação de internação temporária.

O Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa (HTPWVC) também faz parte das três instituições mineiras de HCTPs em exercício, localizado no centro da cidade de Juiz de Fora e em funcionamento desde o ano de 1984. Sobre este Diniz (2013, p. 166) destaca que em 2011, “A população total do HTPWVC era de 48 indivíduos, entre os quais três estavam em medida de segurança e 45 em situação de internação temporária”.

E por fim, encerrando a lista de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Estado de Minas Gerais, que permanecem em pleno funcionamento até os dias atuais, um dos mais antigos e populosos HCTP do país no século XX, conhecido anteriormente como Hospital Colônia. Inaugurado em 1929 como Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV), fica localizado na cidade de Barbacena/MG. De acordo com Diniz (2013, p.152),

A população total do HPJJV era de 189 pessoas internadas, entre as quais 131 estavam em medida de segurança, quatro estavam em medida de segurança por conversão de pena e 54 estavam em situação temporária de internação.

Porém, muito ainda tem se discutido a respeito das condutas direcionadas ao portador de sofrimento mental infrator desde a publicação da lei 10.216. As Conferências de saúde mental tem trazido cada vez mais propostas que englobam louco infrator, buscando o rompimento do modelo de tratamento/custódia. “[...] as resoluções da III Conferência Nacional de Saúde Mental, vem fomentando, no

entanto, de forma inequívoca, a mudança das práticas na assistência ao louco infrator” (BRASIL, 2005, p.23).

É objetivada uma maior articulação entre os dois principais setores, saúde e justiça, agentes estes que exercem papéis significativos nas políticas públicas direcionadas a esse público específico, com novas práticas pautadas na inclusão de um grupo que se encontra totalmente à margem, rejeitados pelas suas comunidades, e privados os seus direitos básicos. Visando um processo de desinstitucionalização efetivo, construindo-se um espaço que garanta assistência, saúde pública e proteção dos Direitos Humanos.

O Ministério da Saúde desde então vem apoiando experiências interinstitucionais extremamente bem sucedidas, que buscam tratar o louco infrator fora do manicômio judiciário, na rede SUS extra-hospitalar de atenção à saúde mental, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial. Supera-se, nestas experiências, a cessação de periculosidade como critério para a desinstitucionalização dos pacientes, e a rede extra-hospitalar de saúde mental, com seus dispositivos como os CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios e Centros de convivência, passa a ser convocada para oferecer tratamento a estes cidadãos, antes excluídos da rede SUS. Este processo, ainda em curso, não se dá sem dificuldades (BRASIL, 2005, p. 23).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial de 2010, traz em suas resoluções ideias pautadas na promoção de ações de mobilização e orientação ao Poder Judiciário, Defensoria Pública e Ministério Público. Com isto objetiva implantar serviços voltados ao acompanhamento do processo criminal do usuário de saúde mental, na fase de instrução e execução penal, com o intuito de garantir acesso ao tratamento em saúde mental nos serviços da rede, substitutivos ao manicômio, se harmonizando com a Lei 10.216, de seis de abril de 2001. Exemplos de propostas como estas podem ser identificadas nas experiências do PAI-PJ no estado de Minas Gerais, bem como do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) no estado de Goiás.

Ao que diz da moção pela construção de estratégias para o fim dos manicômios judiciários no país, é pautado também na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial de 2010,

a construção de estratégias intersetoriais para o fim dos manicômios judiciários no Brasil, garantindo que os recursos leitos psiquiátricos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) sejam

redirecionados para serviços substitutivos de saúde mental, como as residências terapêuticas (BRASIL, 2010, p. 163).

Muitas são as propostas voltadas ao tratamento e assistência do louco infrator, levando em conta que nas medidas de internação há a prática de um tratamento que segrega e que conseqüentemente torna regressivo o quadro clínico dos pacientes institucionalizados. Porém, ainda não há legislações específicas que dispõe de prazos máximos de internação nos HCTPs e os programas que preveem assistência e conexão com políticas públicas voltadas diretamente ao louco infrator, ainda são privilégios de apenas duas regiões do país. Segundo Souza (2010, p.39),

A falta de políticas públicas voltadas para o portador de sofrimento mental infrator contradiz o próprio Estado Democrático de Direito. Ao deixar uma lacuna na legislação no tocante ao prazo máximo de duração para a medida de segurança, o que podemos constatar é o seu caráter perpétuo. Dessa forma, é nítida a violação dos direitos e garantias fundamentais.

A partir da sua caracterização como incapaz de responder por esse crime no momento do ato, dito Inimputável, é levantada outra questão a respeito do ponto de vista psicológico e singular do sujeito que traz consigo a sua história de rótulos associados a sua loucura como periculosidade, vinculada à sua imagem até os dias atuais, o privando do cumprimento dos seus papéis enquanto sujeito e membro de uma sociedade. Segundo Barros-Brisset (2011),

Ao alojar no saber psiquiátrico os atos desalojados do sentido, os atos fora de sentido, o texto legislativo se abre ao campo da exceção, patologizando o crime. A ciência psiquiátrica fornece ao processo penal um laudo sobre a incapacidade do acusado de responder pelo caráter ilícito de seu ato em razão de sua doença mental. A partir desse momento, o acusado entrará na categoria dos irresponsáveis, os inimputáveis. Ele recebe uma absolvição imprópria e uma sanção penal consistindo em medida de segurança por tempo indeterminado, o que corresponde a uma contradição em se tratando do Direito Penal Brasileiro, que não admite pena de prisão perpétua. Deve-se a isso a exceção desses casos em que a medida de segurança é mantida durante o tempo em que durar a periculosidade presumida do indivíduo.

2.3 Trajetória política, institucional e conceitual do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ)

O termo “periculosidade” antes do século XIX não era empregado como um atributo intrínseco do indivíduo, mas como um adjetivo, qualidade dada a qualquer

situação ou coisa “perigosa”. O termo surgiu como um conceito utilizado na área jurídica, atribuindo tal presunção a criminosos que ao passar por exame médico, foram tidos, no momento do crime, como portadores de sofrimento mental. Ainda que a população, mídia, imprensa, rotule um indivíduo que cometa crime como “perigosa”, juridicamente não lhes é concedido a presunção do termo “periculosidade”, ainda que ao cumprir toda sua sentença penal corra o risco da mesma voltar a praticar ato infracional. Juridicamente, para ser qualificado um indivíduo com “periculosidade” presumida, é imposto pela lei que o mesmo tenha passado por uma avaliação psiquiátrica para atestar a comprovação da “patologia” neste, ou seja, um criminoso “perigoso” é aquele que foi diagnosticado como portador de sofrimento mental.

Nessa situação, o sujeito não será considerado responsável por seus atos, e será determinada uma sanção penal no lugar de uma pena, conhecida no Brasil como medida de segurança. Essa deverá ser cumprida em ambiente que possua condições de oferecer ao indivíduo tratamento para sua “doença mental”. O juiz de execução determina, fiscaliza e acompanha o tratamento psiquiátrico, sendo que o término da medida de segurança está condicionado ao atestado psiquiátrico de cessação de condição presumida de periculosidade do indivíduo, que terá sua liberdade condicional por um ano. Após esse prazo, caso não ocorra nenhum incidente que aponte a permanência de sua periculosidade é onde a custódia judicial cessará definitivamente. Contudo,

nada de acessibilidade às soluções instituídas na civilização como garantias mínimas que edificariam um sentido compartilhado para as condições pactuadas de humanidade... Aos loucos infratores restou, como manifestação da humanidade, apenas o seu pior... Apenas o silêncio, o isolamento, o massacre cotidiano da sua condição subjetiva e o sequestro institucional dos direitos fundamentais válidos para qualquer pessoa humana (Barros-Brisset, 2010, p.19).

A reinserção social do portador de sofrimento mental infrator é marcada por obstáculos que perpassam toda a sua história e por questões relacionadas a uma dinâmica institucional falha, com precárias condições salariais e de trabalho, ausência de capacitação, um investimento insuficiente do Sistema Único de Saúde (SUS). As unidades muitas vezes são insuficientes e os serviços de saúde existentes pecam pela falta de uma maior articulação com a finalidade de atender à demanda dos sujeitos que são encaminhados pelos serviços institucionais. O

conceito de periculosidade rotulado pela sociedade também se classifica como um dos desafios na reinserção social do portador de sofrimento mental infrator. Conforme Venturini, Oliveira e Mattos (2016), o estigma de periculosidade e a forma de lidar com ela, são vestígios de uma tecnologia simbólica e linguística que esclarece nossa interpretação coletiva sobre os fenômenos que fazem parte do contexto geral de relações e histórias concernentes aos delitos e a loucura.

Devido à violação dos direitos humanos aplicada institucionalmente aos “loucos infratores”, começava em 1999 uma busca por soluções inovadoras para uma política de atenção voltada para os mesmos. Acontecia nesse mesmo ano o IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Maceió.

[...]A palavra foi passada à psicanalista e psicóloga judicial, Fernanda Otoni de Barros, para que expusesse os resultados de sua pesquisa, realizada durante aquele mesmo ano. Essa pesquisa 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. (Barros-Brisset, 2010, p.20).

Diante do cenário encontrado com a pesquisa, buscaram-se traçar um projeto de acompanhamento desses casos na rede pública de saúde, elaborando uma conciliação entre o processo jurídico e o tratamento. Neste momento o Manicômio Judiciário Jorge Vaz interditou a entrada de novos pacientes judiciários em consequência da superlotação. Os juízes criminais de Minas Gerais encaminhavam estes pacientes para serem internados em hospitais da rede pública de saúde como solução prevista na lei, ocasionando um aumento acentuado de internação de pacientes judiciários por tempo indeterminado nos hospitais psiquiátricos da FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais). O Instituto Raul Soares (IRS), recebendo uma quantidade considerável de internações desses pacientes por tempo indeterminado, gerou uma situação tensa entre juízes e hospitais psiquiátricos, pois naquela época os gestores em saúde mental estavam zelando pelo processo de desinstitucionalização dos portadores de sofrimento mental.

Em virtude disso, o IRS constituiu uma comissão com técnicos da saúde, da justiça e do Ministério Público, objetivando analisar esses casos que eram encaminhados pelo juiz para que fosse possível que os mesmos fossem

acompanhados por meio clínico e social orientado pela subjetividade de cada indivíduo em particular, tendo como base os princípios da luta antimanicomial. Sustentado nestes princípios a proposta permitia também ao juiz a execução da sanção penal específica como consta na legislação pertinente. Era necessária uma conexão entre a justiça e a saúde para integrar e conduzir cada caso, preservando a singularidade clínica, jurídica e social de cada paciente.

Com essa crise estabelecida foi o momento propício de criar e construir uma nova prática, recusando e abandonando os recursos anteriores. Os pacientes cumpriam suas medidas de segurança em penitenciárias/presídios quando não tinha vaga em HCTPs, o que segregava o “louco infrator” aos porões da loucura, como se tivessem sido condenados à prisão perpétua, devido sua presunção de periculosidade.

Era no espaço de convivência com o paciente, ao contrário do isolamento permitido pela presunção da periculosidade, que a experiência belo-horizontina apostava. Buscava assim recolher dessa convivência pistas sobre o que causava sua angústia, provocando o embaraço, que recursos e artifícios o acalmaria. Essas respostas levantadas pela equipe nesse tempo de acompanhamento, antes e durante o cumprimento da sentença, serviriam de guia para uma possível elaboração de um laço social plausível.

De um modo particular, cada um daqueles pacientes judiciários buscava construir um significado para a ação praticada em uma fase de perturbação, bem como responder pelo crime cometido e comprovar para a sociedade e família que tinha respondido pelo que cometeram. Ou seja, eram respostas que surgiram com os acompanhamentos. Assim,

A periculosidade foi perdendo sua cor, apagando-se sem nos assustar, à medida que foi ganhando cor uma responsabilidade inédita, diferente, impensável. Em cada um daqueles casos, foi aparecendo aos poucos, com a extensão do tempo de convivência entre nós, um sujeito novo, vivo, capaz de, ao seu modo e na sua medida, surpreender com suas respostas de sociabilidade (Barros-Brisset, 2010, p. 24).

A metodologia a praticar seria de uma atenção voltada para esses pacientes através de uma rede de acompanhamento, onde ele pudesse remeter seu sofrimento insuportável entregando pistas para uma solução. Uma prática intersetorial que construísse em conjunto um modo de tratamento jurídico, clínico e

social dando suporte e ampliando os recursos para que esses pacientes encontrassem um lugar para sua diferença. Foi com esse anseio que os resultados da pesquisa foram apresentados ao Juiz Diretor do Foro da Comarca de Belo Horizonte, a proposta foi aprovada e implantada como projeto-piloto no início de 2000 pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). Dando continuidade aos 15 casos da pesquisa, nasceu com o nome inicial “Projeto de Acompanhamento Interdisciplinar ao Paciente Judiciário” (PAI-PJ).

A citada pesquisa aconteceu no contexto do estágio supervisionado IV e V do curso de Psicologia do Centro Universitário Newton Paiva, durante o ano de 1999. Durante a primeira fase da pesquisa, no primeiro semestre, os alunos do estágio IV fizeram o estudo de 15 processos, para identificar os principais problemas em torno do tratamento jurisdicional aplicado ao louco infrator. Na segunda fase, a pesquisa se dedicou a desenhar um projeto de acompanhamento dos casos na rede pública de saúde, buscando construir uma mediação entre o tratamento e o processo jurídico. (Barros-Brisset, 2010, p. 20-21)

Com o propósito de mediar a relação do paciente entre o tratamento e o processo jurídico, até o tempo da inserção social do mesmo, surgiu o medo em acreditar nas respostas da loucura entre as equipes interinstitucionais. E foi através destas respostas que veio mais uma orientação, pois os pacientes indicavam que a volta ao convívio social era angustiante, tinha suas dificuldades, afinal, estavam excluídos, isolados, e para esse retorno era preciso algo que lhes possibilitasse uma garantia, caso o embaraço de seu sofrimento perturbasse o trajeto da sua medida de segurança.

Um paciente judiciário, L.V., ao saber da sua liberação, disse-nos: “Mas eu sou de altíssima periculosidade! Se o juiz está de acordo com minha liberação, esta deve de ser uma liberdade vigiada, uma liberação condicional, para que o juiz me acompanhe e possa chegar junto em caso de perigo”. (Barros-Brisset, 2010, p. 26).

Em dezembro de 2001, o TJMG transformou o projeto-piloto em um programa “Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ”, que em parceria com o SUS do município de Belo Horizonte, efetivou institucionalmente a reforma psiquiátrica na área jurídica, seguindo orientação da Lei 10.216, que acabava de ser promulgada.

Atualmente o programa funciona com uma proposta do acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as etapas do

processo criminal, de maneira intersetorial. Mediante parceria do Judiciário com o Executivo e com a comunidade, proporcionando o acesso à RAPS e aos dispositivos da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Orienta-se pelos princípios da reforma psiquiátrica, através da Lei 10.216/2001, articulando o acesso ao tratamento em saúde mental na rede de forma desospitalizada, ou seja, num modelo sem segregação. Os acompanhamentos dos casos são orientados pela abordagem lacaniana, onde ele termina com a ideia de graduação entre as estruturas, desfazendo a concepção de que Loucura seria um degrau menor da humanidade. Trata-se de uma clínica norteada pela singularidade de cada sujeito, e também pelo singular do sintoma ou delírio, que proporcione um laço social possível, onde o sujeito dá ênfase ao seu próprio saber sobre o que trata seu sofrimento. É Lacan (2003, p. 131) quem diz que

[...] nenhuma ciência das condutas pode reduzir a particularidade de cada dever humano, e que nenhum esquema pode suprir, na realização de seu ser, a busca em que todo homem manifesta o sentido da verdade. A verdade a que a psicanálise pode conduzir o criminoso não pode ser desvinculada da base da experiência que a constitui, e essa base é a mesma que define o ato sagrado da ação médica – ou seja, o respeito pelo sofrimento do homem.

Quanto aos órgãos e instituições que encaminham esses sujeitos, solicitando um acompanhamento integral, singular e humanizado do programa. Barros-Brisset (2010) relata que, os encaminhamentos de pacientes direcionados ao programa eram realizados por juízes, familiares, cadeias/penitenciárias e demais parceiros da rede de tratamento em saúde mental. Caso este paciente não disponha de sentença de medida de segurança ou incidente de sanidade mental instaurado no processo, é feita uma avaliação jurídica, social e clínica do caso e solicita-se autorização do juiz para o acompanhamento. Hoje, são os juízes das varas criminais que encaminham esses pacientes e o PAI-PJ auxilia os magistrados a definir a melhor medida judicial a ser aplicada, visando relacionar tratamento, responsabilidade e inserção social.

Compõe a equipe interdisciplinar do programa psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários em psicologia. O juiz autoriza o acompanhamento dos pacientes judiciais que ficaram muito tempo confinados, então os estagiários fazem uma espécie de acompanhamento de rua com os mesmos, conduzindo-os a fazer tarefas antes realizadas e por terem ficado muito tempo sem exercer encontram dificuldades, como ir ao supermercado, cortar o

cabelo, ir ao banco, etc. O acompanhamento alivia a angústia e sofrimento ampliando os laços sociais e oferecendo uma possibilidade de autonomia exercendo seu papel social na comunidade, estendendo os recursos para o tratamento e amenizar o sofrimento psíquico.

Os assistentes sociais analisam cada caso apresentando ao paciente judiciário os recursos para sua inclusão na sociedade, objetivando a garantia de seus direitos de acordo com as particularidades do caso. Os psicólogos fazem o acompanhamento procurando acolher da melhor forma esse paciente, com um olhar voltado para sua individualidade, encaminhando-o à rede de cada cidade visando ampliar sua assistência ao tratamento, onde o mesmo poderá recorrer em momento de crise. Os assistentes jurídicos acompanham os pacientes nas audiências informando aos mesmos sua situação processual assim como formatam os ofícios encaminhados ao juiz embasando nos pareceres interdisciplinares da equipe amarrados à rede.

O PAI-PJ conecta a autoridade judicial à rede auxiliando os juízes no acompanhamento da execução da resposta jurídica ao delito pelo qual o paciente também responde. Responder por seu crime é uma maneira de inclusão, pois o sujeito sente-se inserido na lei. Foram criadas condições para que esse paciente adquira seu tratamento em conjunto com o acompanhamento jurisdicional de maneira individualizada, subjetiva, de acordo com sua capacidade de responsabilização e habilidades, e esse paciente judiciário apresenta-se às audiências dando testemunho de suas responsabilidades.

De acordo com Barros-Brisset (2010) a experiência com a crise proporcionou a implementação do programa, e diante do mesmo é notável dizer que a dialética de uma política de assistência, atenta a soluções de sociabilidade em liberdade em um território onde cada um teceu seus laços, somada a soluções farmacológicas para o tratamento da angústia, testemunha que a loucura tem cabimento no contexto e na construção da cidade. Essa experiência adverte que o que é feito para excluir não serve para inserir, ninguém aprende a conviver socialmente exilado das trocas sociais.

No lugar da presunção da periculosidade faz-se o esforço de promover e comunicar a presunção de sociabilidade que habita cada um de nós, ainda que viver juntos não seja assim tão evidente. A loucura é a resposta real, fora do normal, fora da norma, fora dos padrões, fora da banalidade cotidiana, a loucura é excepcional, a

resposta louca é rara, acontece fora do previsível, portanto inédita, de natureza singular, inventiva e surpreendente. O programa visa um laço plausível para o sujeito e sociedade, o que não é possível quando ele é segregado, escondido, isolado, sendo privado de apresentar possibilidades de se reinventar.

Hoje o PAI-PJ funciona no Estado de Minas Gerais sendo referência no Brasil e no mundo, contribuiu para a criação do PAILI no estado de Goiás, já foi apresentado na França, Itália, Portugal, Inglaterra, Espanha, Bélgica, Grécia, Argentina, e por onde passa é a condição de tratar cada caso a partir da sua singularidade que faz do programa um paradigma novo no campo jurídico.

3 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DA PESQUISA

Este capítulo descreve os princípios metodológicos adotados na pesquisa, que teve uma abordagem quantitativa para seu desenvolvimento, tendo como objetivo analisar as contribuições do Programa PAI-PJ na região de Teófilo Otoni/MG.

3.1 Classificação da pesquisa quanto aos fins

A presente pesquisa foi classificada como descritiva por expor características envolvendo técnicas padronizadas e estruturadas de coleta de dados. As pesquisas descritivas fazem uma análise descritiva do objeto de estudo (população, empresa, governo, situação-problema), exigindo uma série de informações sobre o objeto de pesquisa, aprofunda-se na coleta e no levantamento de dados quantitativos, tendo como objetivo analisar os dados coletados sem que haja a interferência do pesquisador. Segundo Gil (2008, p. 28),

Outras pesquisas deste tipo são as que se propõem estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade que aí se registra etc.

3.2 Classificação da pesquisa quanto aos meios

Quanto aos meios a pesquisa foi classificada como documental, pois foram coletados dados quantitativos do PAI-PJ e foram examinados materiais que ainda não tinham sido observados de forma analítica, buscando novas interpretações ou mesmo interpretações complementares.

Os documentos de fontes primárias são aqueles que ainda não receberam qualquer tratamento analítico e os documentos de fonte secundárias de alguma forma já foram analisados.

Existem, de um lado, os documentos de primeira mão, que não receberam qualquer tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações etc. De outro lado, existem os documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc. (GIL, 2008, p. 51)

3.3 Tratamentos dos dados

Os dados foram analisados através de uma metodologia estatística quantitativa por meio de documentos de acesso público disponíveis no Fórum Desembargador Eustáquio Peixoto, em Teófilo Otoni/MG. Ao que diz respeito à população atendida pelo (PAI-PJ) desde a sua implantação, e a quantidade atualmente inserida na região. Fazendo um comparativo com os dados regionais disponíveis para acesso público no Núcleo Regional do PAI-PJ de Governador Valadares/MG e os dados estaduais também de acesso público disponíveis na sede do Núcleo Supervisor do PAI-PJ em Belo Horizonte/MG.

Em conformidade com a Resolução 510/2016, esta pesquisa não foi submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) haja vista que foram utilizadas informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

A análise foi desenvolvida através da interpretação e discussão comparativa destes dados, em conjunto com a base teórica, objetivando torná-los válidos e significativos. Foram utilizadas tabelas como procedimento estatístico para sintetizar as informações obtidas. De acordo com Gil (2002, p. 90)

O processo de análise e interpretação é fundamentalmente iterativo, pois o pesquisador elabora pouco a pouco uma explicação lógica do fenômeno ou da situação estudados, examinando as unidades de sentido, as inter-relações entre essas unidades e entre as categorias em que elas se encontram reunidas.

Os dados foram coletados diretamente na sede de cada Núcleo, onde existem planilhas de controle dos dados do programa. Foi feita uma seleção dos dados existentes em cada Núcleo para então compará-los.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao completar 15 anos da sua implantação no Estado de Minas Gerais em dezembro do ano de 2016, o PAI-PJ passou por um redesenho e uma reestruturação com o objetivo de aumentar a quantidade de núcleos espalhados pelo Estado. Para que o tratamento pudesse ser prestado com o paciente próximo dos seus laços familiares. Esta mudança vai ao encontro das indicações da Lei N° 10.216, que regulamenta a necessidade de tratamento ambulatorial, ou seja, próximo da família, em liberdade e não institucionalizado. O desembargador José Braga, aborda o assunto ao que diz do redesenho e expansão dos núcleos no TJMG Informativo (2016, p.4), objetivando contar com o apoio de novas parcerias para a continuidade do trabalho.

Com verbas reduzidas e recursos cada vez mais escassos, a expectativa é que o redesenho do PAI-PJ possa realizar o atendimento com a indispensável parceria do Estado de Minas Gerais e também com o concurso das prefeituras municipais. Com a participação exclusiva do TJMG, o atendimento aos 853 municípios e às 296 comarcas ficará comprometido. Precisamos de parcerias efetivas, e não apenas potenciais.

Devido a este redesenho e ao surgimento de alguns núcleos os números de casos disponíveis no estado passaram a ser frequentemente atualizados. Fruto desta ampliação o PAI-PJ possui atualmente núcleos regionais instalados em grande parte do estado, como em Belo Horizonte, Barbacena, Itaúna, Divinópolis, Teófilo Otoni, Ipatinga, Governador Valadares e Juiz de Fora.

Desde a sua implantação foram acompanhados pelo Programa mais de 6.000 pacientes no estado. Após 15 anos da sua inserção estavam sendo acompanhados 1700 casos no Estado inteiro em maio de 2016. Porém, com a política de redesenho, atualmente estão sendo acompanhados efetivamente 768 casos (mais de 900 casos ficaram sem acompanhamento) na região metropolitana e nas cidades que já possuem núcleos instalados do Programa no Estado.

Destes 768 casos, 99 (13%) cumprem medida de internação e os 669 (87%) restantes cumprem medida ambulatorial. A faixa etária dos pacientes é predominantemente dos 30 aos 50 anos de idade. Ao que diz respeito ao sexo, a grande maioria dos pacientes são do sexo masculino e todos têm nacionalidade brasileira.

O índice de reincidência no estado é de 0,8%, sendo registrados crimes de menor potencial ofensivo. Os crimes hediondos, ou seja, crimes contra a vida, o programa tem conseguido a redução quase a zero dessas modalidades. Os crimes mais frequentes são furto e roubo, lembrando que de acordo com o Decreto de Lei 2.848 (1940), o artigo 155 estes delitos se definem como “subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel. Também é contemplado no artigo 157, porém, diferenciando-se por grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência”.

Tabela 1 – Dados do PAI-PJ no Estado de Minas Gerais

Já passaram pelo Programa	+ 6.000
Acompanhados atualmente	768
Reincidência	0,8 %
Crimes frequentes de reincidência	Furto e roubo ²
Medida de Internação	99 = 13%
Medida ambulatorial	669 = 87%
Faixa etária	30 a 50 anos
Sexo	Predomínio do masculino ³

Fonte: Dados acesso público disponíveis na sede do Núcleo Supervisor do PAI-PJ em Belo Horizonte/MG em 2017

O PAI-PJ foi implantado em Teófilo Otoni/MG no dia nove de janeiro de 2013. O Núcleo Regional da comarca de Teófilo Otoni/MG atende 32 cidades⁴ – 507.788 habitantes. Sua equipe é composta por uma psicóloga, uma assistente social e um auxiliar jurídico. Já passaram pelo programa um total de 104 pacientes nestes quatro anos de funcionamento, sendo que 31 pacientes não são mais assistidos pelo

² De acordo com o Núcleo Supervisor do PAI-PJ em Belo Horizonte/MG (2017), não há disponibilidade de números que quantifiquem cada crime de reincidência praticado.

³ Segundo o Núcleo Supervisor do PAI-PJ em Belo Horizonte/MG (2017), apesar da informação de preeminência dos pacientes do sexo masculino, não há disponibilidade de dados que quantifiquem essa amostra.

⁴ Ver anexo I – p. 61.

programa tendo sua medida extinta e 73 pacientes estão sendo acompanhados no momento pelo programa.

Em Teófilo Otoni/MG o indicativo de reincidência também é assinalado como baixo, visto que, dos pacientes acompanhados cinco (4,8%) reincidiram, sendo furto e roubo os crimes mais frequentes. Um ponto a ser destacado é que nestes casos a maioria está relacionada ao abuso de álcool e drogas. Do total de pacientes que já passaram pelo programa, todos têm nacionalidade brasileira, sendo 98 (94,2%) homens e seis (5,8%) mulheres, a faixa etária predominante vai dos 30 aos 50 anos. Dos 73 pacientes atualmente acompanhados 24 (32,8%) cumprem medida de internação e 49 (67,2%) cumprem medida ambulatorial. Em Teófilo Otoni /MG, 31 (29,8%) dos pacientes atendidos pelo Programa PAI-PJ já cumpriram sua medida de segurança designada e dão continuidade ao tratamento, encontrando-se assistidos pela rede pública de saúde da região.

Tabela 2 – Dados do PAI-PJ de Teófilo Otoni/MG

Já passaram pelo Programa	104
Acompanhados atualmente	73
Reincidência	4,8 %
Crimes frequentes de reincidência	Furto e roubo ⁵
Medida de internação	24 = 33,8%
Medida ambulatorial	49 = 67,2%
Faixa etária	30 a 50
Sexo	Predomínio do masculino ⁶

Fonte: Dados acesso público disponíveis no Fórum Desembargador Eustáquio Peixoto, em Teófilo Otoni/MG em 2017

⁵ De acordo com os dados disponíveis no Fórum Desembargador Eustáquio Peixoto, em Teófilo Otoni/MG (2017), os crimes de reincidência mais frequentes são furto e roubo, porém não há dados que quantifiquem a ocorrência de cada um.

⁶ De acordo com os dados disponíveis no Fórum Desembargador Eustáquio Peixoto, em Teófilo Otoni/MG (2017), há a preeminência de 98 pacientes do sexo masculino. Porém, os dados numéricos não serão citados na tabela, sendo analisados de forma quantitativa em discussão.

O PAI-PJ foi implantado em Governador Valadares/MG no dia 13 de abril de 2012, sendo contemporâneo ao de Teófilo Otoni, estando sua equipe composta atualmente por um psicólogo e uma assistente social. O Núcleo Regional da comarca de Governador Valadares atende 51 cidades⁷ – 677.585 habitantes. Hoje encontram-se em acompanhamento 45 pacientes, sendo que 14 (31,1%) cumprem medida de internação, 28 (62,2%) cumprem medida ambulatorial e três (6,7%) encontram-se ainda sem medida, aguardando incidente de insanidade mental. O fato de o paciente estar sentenciado com medida de internação não implica na imediata internação, alguns aguardam pelas vagas presos e outros em casa. A faixa etária predominante vai dos 40 a 49 anos, todos os acompanhados (100%) são do sexo masculino⁸, e tem nacionalidade brasileira. O Núcleo Regional do PAI-PJ de Governador Valadares/MG não dispõe a quantidade exata de pacientes que já passaram pelo programa, porém existem quatro casos cujas medidas de segurança regrediram para internação sendo duas dessas reincidências por furto⁹ devido uso de substância psicoativa.

Tabela 3 – Dados do PAI-PJ de Governador Valadares/MG

Acompanhados atualmente	45
Medida de internação	14 = 31,1%
Medida ambulatorial	28 = 62,2%
Faixa etária	40 a 49 anos
Sexo	Predomínio do masculino

Fonte: Dados disponíveis para acesso público no Núcleo Regional do PAI-PJ de Governador Valadares/MG em 2017

⁷ Ver anexo II – p. 63.

⁸ Segundo os dados disponibilizados no Núcleo Regional do PAI-PJ de Governador Valadares/MG (2017), há a prevalência dos pacientes do sexo masculino correspondendo ao número total de acompanhamentos (45). Porém, os dados numéricos não serão citados na tabela, sendo analisados de forma quantitativa em discussão.

⁹ De acordo com o Núcleo Regional do PAI-PJ de Governador Valadares/MG (2017), o roubo é o crime de reincidência mais frequente, esse dado será usado em análise, porém não será citado na tabela devido a ausência do número total de pacientes que já passaram pelo programa.

4.1 Análise dos dados do PAI-PJ de Teófilo Otoni/MG com os dados do PAI-PJ de Governador Valadares/MG

Tabela 4 – Comparação dos dados do PAI-PJ de Teófilo Otoni/MG com os dados do PAI-PJ de Governador Valadares/MG

	Teófilo Otoni	Governador Valadares
Acompanhados atualmente	73	45
Medida de Internação	24 = 32,8%	14 = 31,1%
Medida Ambulatorial	49 = 67,2%	28 = 62,2%
Faixa etária	30 a 50 anos	40 a 49 anos
Sexo	Predomínio do masculino	Predomínio do masculino

Fonte: Dados de acesso público disponíveis no Fórum Desembargador Eustáquio Peixoto, em Teófilo Otoni/MG e no Núcleo Regional do PAI-PJ de Governador Valadares/MG em 2017

Diante dos dados obtidos, observa-se que apesar da comarca de Governador Valadares atender uma população maior em relação a comarca de Teófilo Otoni, o PAI-PJ de Teófilo Otoni acompanha uma quantidade maior de pacientes. Um dos principais objetivos do programa é desinstitucionalizar esses pacientes, porém os dois municípios a quantidade de pacientes que cumprem medida de internação é consideravelmente alta de acordo com total de pacientes que vêm sendo acompanhados.

Segundo as premissas a serem seguidas pelos núcleos do PAI-PJ, objetiva-se a preferência ao tratamento ambulatorial, buscando reduzir ao máximo os números de internações. No total, são 36 sujeitos que se encontram privados de liberdade em ambientes que não contribuem para o bem estar e muito menos para o tratamento de um sujeito portador de sofrimento mental. Em Governador Valadares dos 14 (31,1%) em medida de internação, 10 (22%) estão em penitenciária/presídio, dois (4,4%) internados e outros dois (4,4%) aguardam vagas em liberdade; em Teófilo Otoni dos 24 (32,8%) 19 (26%) estão em presídio/penitenciária e 5 (6,8%) em manicômios. É um número significativo de pessoas que ainda estão encarcerados,

mas que estão conectados ao dispositivo PAI/PJ que tem por compromisso a mediação entre o tratamento em saúde mental e o processo jurídico.

Conforme avanço e desenvolvimento do programa, o objetivo é que os pacientes sejam acompanhados pela RAPS e tenham suas medidas extintas após o seu cumprimento, sendo assistido para a construção do seu laço com a família e a sociedade. Embasando-se em ideais que buscam validar os direitos humanos, o programa objetiva expandir seus preceitos e garantir a efetivação de práticas humanizadas, resguardando os direitos básicos de todo cidadão. Porém, a concretização dessas premissas ainda se dá de forma lenta e processual, necessitando do apoio e efetividade dos órgãos públicos através da implantação de políticas institucionais que busquem subsidiar esse trabalho do PAI-PJ.

Ainda que em vigor durante 16 anos a Política de Saúde Mental, fundamentada na Lei 10.216/2001 que prevê o tratamento através de meios menos invasivos possíveis, não direciona nenhuma prática que vise a diminuição das internações em HCTPs ou que acompanhe o seu tempo máximo de internação determinado. Os dados mostram que o número de pacientes que permanecem internados é considerado alto diante de municípios que contam com um programa que objetiva essa desospitalização acompanhada.

A quantidade de pacientes que cumprem a medida de segurança através do tratamento ambulatorial e encontram-se assistidos pela RAPS em ambas as regiões são significativamente positivos (67,2% em Teófilo Otoni e 62,2% em Governador Valadares). Os dados validam a importância do acompanhamento feito pelo programa em parceria com a rede articulada, dando a esses pacientes uma oportunidade de se reinventarem enquanto sujeito, fortalecendo os laços sociais e a sua autonomia.

É possível notar a semelhança do predomínio do sexo masculino entre os pacientes portadores de sofrimento mental infrator entre as duas comarcas. De acordo com Diniz (2013), em pesquisa realizada nos 26 ECTPs do país, observou-se que dentre os portadores de sofrimento mental infratores há uma proeminência do sexo masculino.

Ao que diz respeito à faixa etária, em ambos as comarcas não são exibidas amostras discrepantes nos presentes dados, permanecendo a idade média de 30 a 50 anos dos pacientes que cumprem medidas de segurança. Segundo pesquisa realizada pelo Censo 2011, Diniz (2013) relata que no Brasil, 58% (2.322) das

peças internadas tinham entre 20 e 39 anos, entre 40 e 69 anos havia uma concentração de 38% (1.518) dos indivíduos. Sendo de 39 anos a média etária da população em medida de segurança.

4.2 Análise dos dados do PAI-PJ de Teófilo Otoni/MG com os dados do PAI-PJ do Estado de Minas Gerais

Tabela 5 – Comparação dos dados do PAI-PJ de Teófilo Otoni/MG com os dados PAI-PJ do Estado de Minas Gerais

	Teófilo Otoni	ESTADO
Já passaram pelo Programa	104	+ 6.000
Acompanhados Atualmente	73	768
Reincidência	4,8 %	0,8 %
Crimes frequentes	Furto e roubo	Furto e roubo
Medida de internação (Presos /Internados)	24 = 32,8%	99 = 13%
Medida ambulatorial	49 = 67,2%	669 = 87%
Faixa etária	30 a 50 anos	30 a 50 anos
Sexo	Predomínio do masculino	Predomínio do masculino

Fonte: Dados de acesso público disponíveis no Fórum Desembargador Eustáquio Peixoto, em Teófilo Otoni/MG e na sede do Núcleo Supervisor do PAI-PJ em Belo Horizonte/MG em 2017

A partir da análise dos dados, se torna possível a observação de certas semelhanças nas comparações dos dados de Teófilo Otoni/MG para com os dados estaduais, dentre estes os crimes de reincidência cometidos com mais frequência, a predominância da faixa etária, bem como prevalência de pacientes masculinos. Quanto aos crimes mais frequentes estão relacionados a questão da vulnerabilidade social, pois parte dos pacientes se encontram nesse quadro e voltam a fazer uso de álcool e substâncias psicoativas reincidindo no crime. Tanto a faixa etária (30 a 50

anos) quanto a predominância do sexo masculino são características comuns dos pacientes portadores de sofrimento mental infratores que cumprem medida de segurança no Brasil.

De acordo com os dados obtidos através de documentos de acesso público, tanto estadual quanto regional, fomenta-se a existência de números consideráveis de cidadãos (31 em Teófilo Otoni) que voltaram a relacionar-se e conviver em sociedade, reconstruindo sua identidade enquanto sujeito, cuidando do seu sofrimento, sendo auxiliado e amparado por serviços que lhes são de direito, restabelecendo sua confiança e fortalecendo o vínculo e aconchego familiar. Os pacientes judiciários tem anseio de mostrar à sociedade, à família, que pagou pelo crime que cometeu, que eles precisam de uma resposta reconhecida como socialmente válida, para restaurar o laço social que se perdeu com o crime. Segundo Barros-Brisset (2010, p. 24)

[...]Responder pelo crime diante do juiz, demonstrar para sua cidade e sua família que tinha pagado “direito” pelo que fez eram respostas que começavam a se apresentar com certa regularidade nas falas e nos comportamentos daquelas pessoas.[...]Um deles, o F.J., disse assim: “Estou no hospital agora, tratando da minha doença, mas quando vou pagar pelo que fiz? Tenho que pagar pelo crime que cometi para que todos na minha cidade me recebam de volta”. F.J. escrevia nuns papezinhos pequenos relatos do seu crime, da sua esquisitice; dizia que escrevia para não esquecer quando fosse falar com o juiz.

O índice de pacientes que cumprem medidas de internação em Teófilo Otoni se dá de maneira negativa com uma amostra de 32,8% (26% estão em presídio/penitenciária e 6,8% em manicômios), se comparado aos dados do estado em que 13% dos pacientes cumprem esse tipo de medida (9,24% dos casos estão presos e 3,64% internados na rede pública de saúde). Além disso, essas amostras devem ser discutidas através de um olhar pautado na importância em se desenvolver políticas voltadas para a desinstitucionalização, que é observada como uma das principais premissas do programa PAI-PJ. Devem ser analisados também os números totais de pacientes acompanhados tanto no município quanto no Estado. Outro elemento que pode justificar a expressividade desses dados de internação no município é o fato de o programa estar em funcionamento há apenas quatro anos. Levando em conta que após determinada a medida de internação pelo juiz, são ultrapassados os prazos máximos (32 meses) para que seja realizado o exame de

cessação de periculosidade, sendo assim esses pacientes são mantidos por tempo indeterminados ao regime de internação.

Já as amostras dos pacientes que se encontram assistidos pela medida ambulatorial, se dão de forma ainda mais expressiva (67,2% em Teófilo Otoni, 87% no Estado de Minas Gerais). Confirmando a presença de um dos principais objetivos do PAI-PJ, que visa o tratamento humanizado e amarrado à rede pública de saúde.

Esse acolhimento através de uma rede de acompanhamento onde o paciente pode endereçar seu sofrimento, trazendo maneiras de se reinventar, comprovando que prender e segregar não trata, subtraindo da humanidade a oportunidade de se reconstruir enquanto sujeito. A privação do tratamento ao sofrimento mental, a escassez de recursos e o abandono, são as causas da presunção de periculosidade atribuída ao louco infrator, que amedronta a sociedade e diante do preconceito condena os mesmos à exclusão das diferenças, resumindo a loucura à expressão do mal e do perigo e desconsiderando suas possibilidades enquanto cidadão.

Os dados que condizem com o índice de reincidência em Teófilo Otoni exibem amostras negativas expressivas (4,8%) diante da sua quantidade máxima de pacientes acompanhados, e em comparação com os dados Estaduais. Segundo os próprios registros disponíveis no PAI-PJ do município, a maioria dos casos de reincidência se deu em virtude de recaídas quanto ao uso de substâncias psicoativas e à vulnerabilidade social desses indivíduos. Destacando-se assim, para além da rede de saúde pública articulada, a importância do desempenho do papel do grupo familiar e da sociedade através do seu acolhimento e reinserção do sujeito.

Por outro lado, o irrisório índice de 0,8% de reincidência no estado vem comprovar a experiência e efetividade do Programa articulado com o tratamento da Rede Pública de Saúde. Saliencia-se que a permanência do programa no Estado de Minas Gerais há quase 16 anos, favorece o manejo na conduta e premissas básicas pautadas pelo PAI-PJ.

Diante dos dados, denota-se a participação direta e efetiva do PAI-PJ como núcleos de expansão no Estado, com a finalidade de abranger municípios que antes não contavam com esse tipo de suporte. Oferecendo uma política e tratamento substitutivo ao modelo manicomial, através da assistência e acompanhamento desses pacientes, interligando-os com a rede de saúde pública e articulando esses serviços, dando continuidade ao tratamento adequado para cada caso.

É através das suas expansões regionais que são criadas possibilidades desses diversos núcleos trilharem os caminhos do trabalho humanizado, da desinstitucionalização e do tratamento singular, juntamente com parcerias substitutivas através da rede pública de saúde, que são consideráveis e vitais para o funcionamento do PAI-PJ.

Sendo o crime, a violência, a agressividade uma resposta humana, não existe indivíduo intrinsecamente perigoso, existem situações onde a violência e a agressividade podem se manifestar. Então é preciso criar arranjos para emitir novas respostas diante dessas situações, pois viver é perigoso já dizia Guimarães Rosa, e disso ninguém escapa, não é exclusividade da loucura, essa “periculosidade” ronda a sociedade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível conhecer a atuação do PAI-PJ em Teófilo Otoni/MG comparando os dados regionais e estaduais e diante da análise, os dados mostram o quanto o programa tem trazido melhorias para o portador de sofrimento mental infrator que antes era segregado e silenciado nos porões da loucura e que hoje tem uma atenção voltada para a singularidade de cada caso. Colocando esse cidadão em contato com a sociedade e dando oportunidade do mesmo receber o tratamento que lhe é de direito e que por muito tempo foi extinto.

A presença de políticas públicas voltadas ao louco infrator ainda são inexistentes considerando as diretrizes do Ministério da Saúde. Suprimindo essa ausência em nível nacional encontramos as experiências exitosas nos Estados de Minas Gerais e Goiás a partir de programas de atenção voltados ao portador de sofrimento mental infrator, tais como PAI-PJ e PAILI. Que buscam com o avanço e expansão dos seus programas acolher e substituir a lógica das internações, direcionando um tratamento humanizado à pessoas que se encontram desassistidas pelos órgãos públicos e sociedade, servindo como referência para as demais regiões.

Ainda que existam dificuldades de acolhimento familiar e social, e barreira nas conexões destes pacientes à RAPS percebe-se pelos dados levantados que a equipe do PAI-PJ de Teófilo Otoni/MG tem conseguido cumprir seu papel no que tange os pressupostos do programa. Efetivando o acompanhamento de cada caso de forma singular e acolhedora, oferecendo a esses sujeitos formas de se reinventarem e ressignificarem o seu sofrimento.

Há um benefício inegável para cada sujeito, para cada portador de sofrimento mental e isso não se opõe ao benefício que é produzido para a sociedade. Muito pelo contrário, uma sociedade que dá conta de criar e sustentar uma política radicalmente humana como é o PAI-PJ, é sem dúvida uma sociedade mais democrática, mais justa e mais igualitária.

Conhecer o programa nos deu a oportunidade de ampliar nosso olhar voltado para o portador de sofrimento mental infrator de maneira humanizada, acreditando em suas possibilidades enquanto sujeito e desmistificando a periculosidade que é rotulada a esse ser. A experiência nos mostrou o quanto a sociedade precisa

aprender e desfazer de alguns estereótipos que estão arraigados em sua história, se dando a oportunidade de enxergar que na loucura existem gestos e seres maravilhosos que simplesmente aguardam por um olhar com respeito. O PAI-PJ assim como a Psicologia, mais especificamente a psicologia jurídica, acreditam no processo de mudança e na capacidade que o ser humano tem de criar novas respostas interagindo com o meio de acordo com o seu tempo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.: 'An adventure in the insane asylum: the life of Franco Basaglia'. História, Ciências e Saúde – Manguinhos, I (1): 61-77, jul.-oct.,1994.

ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARROS-BRISSET, F.O. Por uma política de atenção integral ao louco infrator. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. 58 p.

_____, F.O. Desinserção fundamental e laço social. Revista aSEPHallus, Rio de Janeiro, vol. VI, n. 11, nov. 2010 / abr. 2011. Disponível em: <www.nucleosephora.com/asephallus>. Acesso em 25 de maio de 2017.

BRASIL. As classes sociais da corte e o hospício de Pedro II. Memória da Loucura. Apostila de Monitoria. Série I. História da saúde no Brasil. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf> Acesso em 29 de maio de 2017.

_____. Crime e Loucura. Publicação da Secretaria do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. TJMG INFORMATIVO. Belo Horizonte, vol. XXII, n. 219, set. 2016. Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/data/files/F3/A2/89/2D/96BE6510FCB86465ED4E08A8/setembro-WEB%20_1_.pdf>. Acesso em 19 de junho de 2017.

_____. Decreto Nº 1.132, de Dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>> Acesso em: 28 de maio de 2017.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 29 de maio de 2017.

_____. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7209.htm> Acesso em 25 de maio de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em 29 de maio de 2017.

_____. 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, 210 p.

CARRARA, L.S. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2010; 20(1): 16-29.

Conselho Federal de Psicologia Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade/ Conselho Federal de Psicologia. VENTURINI, Ernesto; DE MATTOS, Virgílio; OLIVEIRA, Rodrigo Tôres. 1ª ed - Brasília: CFP, 2016.

DINIZ, D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil. Censo 2011. Fundação Universidade de Brasília. 2013.

FOUCAULT, Michel. História da loucura: na idade clássica. 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LACAN, J. (1950b) “Premissas a todo desenvolvimento possível da criminologia”, In: _____. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 131.

MARAFANTI, I. *et al.* Aspectos históricos e atuais da imputabilidade penal no Brasil. *Revista de criminologia e ciências penitenciárias, PROCRIM – SP, Ano 2 – Nº. 04 – Dez/Jan/Fev 2013.*

SOUZA, M.G. O portador de sofrimento mental e a medida de segurança. *Revista MPMG Jurídico*, publicação do Ministério Público de Minas Gerais – MG, Ano V – Nº. 21- set/out/nov/dez de 2010.

Torre, E. H. G. Amarante, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 6(1): 73-85.

ANEXO I
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE TEÓFILO OTONI/MG

Código	Nº	Município	População
310090	1	Águas Formosas	19.189
310285	2	Angelândia	8.475
310470	3	Ataléia	15.322
310660	4	Bertópolis	4.752
311080	5	Campanário	3.728
311300	6	Caraí	22.278
311370	7	Carlos Chagas	21.302
311545	8	Catuji	6.704
312015	9	Crisólita	5.885
312675	10	Franciscópolis	5.737
312680	11	Frei Gaspar	6.591
312705	12	Fronteira dos Vales	4.977
313230	13	Itaipé	11.958
313270	14	Itambacuri	23.338
313700	15	Ladainha	17.082
313890	16	Machacalis	7.061
313920	17	Malacacheta	18.296
314430	18	Nanuque	41.389
314490	19	Nova Módica	3.969
314530	20	Novo Cruzeiro	31.264
314535	21	Novo Oriente de Minas	10.698
314620	22	Ouro Verde de Minas	7.128
314630	23	Padre Paraíso	18.774
314850	24	Pavão	9.140

315000	25	Pescador	4.185
315240	26	Poté	15.206
315765	27	Santa Helena de Minas	6.096
316330	28	São José do Divino	3.882
316670	29	Serra dos Aimorés	8.629
316555	30	Setubinha	11.383
316860	31	Teófilo Otoni	130.521
317030	32	Umburatiba	2.849
Total			507.788

Atualizado em 29 de Maio de 2015 , 6:09

ANEXO II

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE GOVERNADOR VALADARES/MG

Código	Nº	Município	População
310060	1	Água Boa	16.764
310110	2	Aimorés	24.871
310180	3	Alpercata	7.231
310220	4	Alvarenga	4.611
311205	5	Cantagalo	4.108
311265	6	Capitão Andrade	5.018
311570	7	Central de Minas	6.801
311840	8	Conselheiro Pena	22.482
311920	9	Coroaci	11.109
312083	10	Cuparaque	4.547
312210	11	Divino das Laranjeiras	5.084
312220	12	Divinolândia de Minas	6.973
312370	13	Engenheiro Caldas	10.772
312580	14	Fernandes Tourinho	2.701
312690	15	Frei Inocência	9.246
312695	16	Frei Lagonegro	3.468
312730	17	Galiléia	7.539
312737	18	Goiabeira	3.193
312750	19	Gonzaga	5.783
312770	20	Governador Valadares	261.981
313180	21	Itabirinha de Mantena	10.734
313320	22	Itanhomi	12.294
313410	23	Itueta	6.038

313507	24	Jampruca	5.109
313655	25	José Raydan	4.344
313960	26	Mantena	27.536
314010	27	Marilac	4.401
317150	28	Mathias Lobato	3.540
314150	29	Mendes Pimentel	6.652
314420	30	NacipRaydan	3.028
314467	31	Nova Belém	3.625
314840	32	Paulistas	5.016
314860	33	Peçanha	17.691
315430	34	Resplendor	17.563
315750	35	Santa Efigênia de Minas	4.605
315820	36	Santa Maria do Suaçuí	14.889
315950	37	Santa Rita do Itueto	5.774
316105	38	São Félix de Minas	3.484
316160	39	São Geraldo da Piedade	4.883
316165	40	São Geraldo do Baixio	3.408
316257	41	São João do Manteninha	5.068
316280	42	São João Evangelista	16.199
316300	43	São José da Safira	4.056
316350	44	São José do Jacuri	7.199
316410	45	São Pedro do Suaçuí	5.944
316450	46	São Sebastião do Maranhão	12.062
316550	47	Sardoá	5.416
316770	48	Sobralia	6.137
316840	49	Tarumirim	14.588

316950	50	Tumiritinga	6.169
317190	51	Virgolândia	5.851
Total			677.585

Atualizado em 01 de Fevereiro de 2017 , 10:43