



PROGRAMA DE ATENÇÃO
INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS
ESCOLA SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS

PAILI

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL
AO LOUCO INFRATOR



**VENCEDOR
DO PRÊMIO INNOVARE**

GOIÂNIA
2013

ESCOLA SUPERIOR
DO MINISTÉRIO PÚBLICO



PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator / Haroldo Caetano da Silva (coord.) 3. ed. - - Goiânia: MP/GO, 2013. 60p.

Título anterior: Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança: Informações Gerais

1. Silva, Haroldo Caetano da. 2. Medida de segurança. 3. Saúde mental. 4. Reforma Psiquiátrica

Ficha catalográfica: TGG - CRB 1842

Tiragem: 3ª edição: 2000 exemplares

Ministério Público do Estado de Goiás

Procurador-Geral de Justiça: Lauro Machado Nogueira

Escola Superior do Ministério Público do Estado de Goiás

Promotora de Justiça em auxílio à ESMP-GO: Ana Paula A. Vieira Nery

25ª Promotoria de Justiça de Goiânia

Promotor de Justiça: Haroldo Caetano da Silva

Arte e diagramação: Fabiana Gomes Figueiredo - ESMP-GO

Impressão:

Colaboração: Agnes Marina Cândido da Costa, Felipe de Araújo

Cordeiro e Maria Aparecida Diniz

SUMÁRIO

Apresentação.....	05
Breve histórico.....	09
Medidas de segurança: hipóteses legais.....	15
Modalidades.....	15
Imposição da medida de segurança para o inimputável.....	15
Substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável.....	16
Substituição da pena por medida de segurança para o condenado preso.....	16
Lei n. 10.216/2001: Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial.....	19
Novo modelo assistencial em saúde mental.....	19
Direitos da pessoa com transtorno mental.....	19
Reinserção social do paciente.....	20
Preferência pelo tratamento ambulatorial.....	21
Violação aos direitos do paciente: crime de tortura.....	23
O Programa.....	25
Como funciona.....	25
Autonomia.....	25
Instrumentos de atuação e objetivos.....	26
Exame de avaliação psicossocial.....	26
Equipe.....	27
O Juiz.....	28
O Ministério Público.....	28
Localização e contatos.....	28
Rotinas de funcionamento do Programa.....	29
Internação.....	29
Tratamento ambulatorial.....	29
Comissão Estadual de Acompanhamento das Medidas de Segurança.....	31
Perguntas frequentes.....	33
Anexos.....	35
Lei da Reforma Psiquiátrica - Lei n. 10.216/2001.....	36
Convênio de implementação do Programa.....	39
Portaria de criação do PAILI no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde.....	45
Convênio de adesão ao Programa.....	48
Resolução n. 113 do CNJ, de 20/abril/2010.....	51
Recomendação n. 35 do CNJ, de 12/julho/2011.....	53
Resolução n. 4 do CNPCP, de 30/julho/2010.....	55
Ilustrações.....	59

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) tem por fundamento as disposições da Lei n. 10.216/2001, mais conhecida como *Lei Antimanicomial*, sendo o órgão responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás. Atuando de forma auxiliar aos juízos da execução penal, o PAILI tem a relevante tarefa de acompanhar os pacientes julgados e absolvidos pela Justiça Criminal, mas que, em razão de doença ou perturbação da saúde mental, são submetidos à internação psiquiátrica ou ao tratamento ambulatorial.

A partir de proposta elaborada pela Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, o Programa foi instituído no dia 26 de outubro de 2006, mediante convênio pactuado entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás. Verdadeiro marco na implementação da Reforma Psiquiátrica no campo das medidas de segurança, trouxe importante mudança de paradigma na política pública, fazendo com que esse delicado tema deixasse de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança para ser acolhido de vez pelos serviços de saúde pública, no ambiente universal do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a participação de toda a rede de atenção em saúde mental.

Reconhecido nacionalmente como um Programa inovador e ousado, o PAILI rendeu ao seu idealizador, o promotor de Justiça Haroldo Caetano da Silva, o Prêmio Innovare no ano de 2009, na categoria Ministério Público, consolidando-se como modelo na atenção ao paciente em medida de segurança ao abolir definitivamente a ultrapassada figura do manicômio judiciário, mas também, e fundamentalmente, pela dedicação dos profissionais que o compõem no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde e de toda a rede de atenção psicossocial que lhe dá suporte nos municípios goianos já conveniados.

De um sonho de muitos, militantes ou não da Luta Antimanicomial, o PAILI tornou-se realidade e hoje, com mais de seis anos de existência, consolida-se com resultados exitosos, conquistados no resgate da vida digna e dos laços sociais e familiares de seus usuários, não obstante as naturais dificuldades enfrentadas na atenção às pessoas com transtornos mentais.



O Ministério Público do Estado de Goiás tem por objetivo, com a presente publicação, agora revista e atualizada com o apoio da Escola Superior do Ministério Público, promover o contínuo fortalecimento do Programa, com sua divulgação junto aos profissionais atuantes no campo da aplicação e execução das medidas de segurança e na rede de atenção psicossocial, bem assim à população em geral, colaborando para a construção de uma consciência coletiva sobre a importância da humanização das políticas públicas voltadas à saúde mental, particularmente quanto ao propósito da permanente busca pela inclusão da pessoa com transtorno mental à família e à sociedade.

Goiânia, 18 de maio de 2013.

LAURO MACHADO NOGUEIRA
Procurador-Geral de Justiça



*Sob a luz calma e suave
Dos mundos do sentimento...
Paira tranquila, alma... ó ave!
Sacia o longo tormento!...*



A execução das medidas de segurança vinha sendo discutida com profundidade em Goiânia desde o ano de 1996. Por iniciativa do promotor de Justiça Haroldo Caetano da Silva, instaurou-se inquérito civil público onde se realizou o levantamento dos casos de pessoas submetidas à medida de segurança que se encontravam recolhidas no CEPAIGO (denominação da penitenciária estadual à época). Foram identificados quase trinta homens com transtornos psiquiátricos severos e que estavam presos há vários anos, décadas até. Seres humanos esquecidos e abandonados à própria sorte, submetidos a todos os tipos de abuso na prisão, quadro de horror cuja memória deve persistir apenas como alerta para que não se cometam erros semelhantes no futuro.

Daquela investigação preliminar originou-se, em 1999, um incidente típico da Lei de Execução Penal (LEP), chamado *Incidente de Excesso de Execução* (previsto no art. 185 da LEP), procedimento que, depois do embate jurídico junto à Vara da Execução Penal de Goiânia (VEP) e posteriormente em sede de recurso do Ministério Público interposto perante o Tribunal de Justiça, culminou com duas decisões históricas: a primeira, proferida no mesmo ano de 1999 pela própria VEP, proibiu o ingresso de novos pacientes submetidos à medida de segurança na penitenciária; a segunda, obtida no ano 2000 junto ao Tribunal de Justiça, determinou a soltura daqueles pacientes psiquiátricos que se encontravam ilegalmente presos.

Embora tenham significado importantes avanços, tais decisões não trouxeram uma solução definitiva para o problema das interações compulsórias determinadas judicialmente. Afinal, sentenças continuavam a ser proferidas a todo momento com a imposição de medidas de segurança a outros pacientes. Ainda carecia de resposta a indagação fundamental: como proceder na execução das novas medidas aplicadas?

Teve início então a construção de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que, concluído em 2001, teve sua utilização embargada administrativamente pelo Ministério Público do Estado de Goiás, após provocação do Conselho Regional de Psicologia, por conta, dentre outros fatores, da arquitetura inadequada. A obra obteve então destinação distinta e é hoje o principal presídio de segurança máxima do Estado de Goiás, rebatizado de Núcleo de Custódia.



Outro projeto foi então entabulado, sob articulação do Ministério Público, com a democrática participação de entidades relacionadas com as políticas de saúde mental em Goiás, culminando com uma proposta consensual para a construção de nova unidade. Ocorre que a obra, edificada em área inadequada, nas imediações do lixão de Trindade, cidade vizinha à Capital, não pode ser ocupada por conta da insalubridade e da não observância das regras pertinentes à instalação de uma unidade hospitalar. Mais uma vez resultou frustrado o propósito de se ter um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico em Goiás. Depois de anos sem qualquer destinação, aquela construção foi aproveitada em 2008 como estabelecimento prisional do regime semiaberto.

Entretanto, a partir da nova realidade normativa trazida pela *Lei da Reforma Psiquiátrica* (Lei n. 10.216/2001), abriu-se espaço para o redesenho da execução das medidas de segurança, agora não mais regulada com exclusividade pela legislação penal.

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

Naquele primeiro momento, o PAILI surge com o propósito de fazer um levantamento das medidas de segurança em execução no Estado de Goiás. Embora tímida a proposta inicial, não deixou de ser um bom começo, pois, realizado o levantamento dos dados e elaborados os relatórios correspondentes, o Programa não poderia simplesmente ser dissolvido.

Tem início então o trabalho articulado pela Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia para o redimensionamento do PAILI, no sentido de atribuir-se-lhe a responsabilidade pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás. Para tanto se fez necessário o diálogo com diversas instituições públicas (Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Tribunal de Justiça, Procuradoria Geral de Justiça, Secretaria da Saúde do Município de Goiânia) e as clínicas psiquiátricas instaladas em Goiânia, conveniadas ao SUS.

Se a medida de segurança não tem caráter punitivo – e de direito não tem – a sua feição terapêutica deve preponderar. Eis o



argumento elementar levado à mesa de discussões. Muda-se o paradigma. A questão deixa de ser focada unicamente sob o prisma da *segurança pública* e é acolhida definitivamente pelos serviços de *saúde pública*. Não será a cadeia, tampouco o manicômio, o destino desses homens e dessas mulheres submetidos à internação psiquiátrica compulsória. A imagem do sofrimento e da exclusão dos imundos depósitos de loucos – ainda recente na memória dos goianos e presente em outros cantos do país – não mais tem espaço nesta época de proteção aos direitos fundamentais dos que padecem de transtornos mentais. Será o Sistema Único de Saúde o espaço democrático de atendimento a esses pacientes. Esta era a proposta que poderia ser implementada com o redimensionamento das funções do PAILI, desde que houvesse boa vontade e disposição das entidades chamadas ao debate.

E o diálogo deu frutos. Assim se fez e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator assumiu oficialmente no dia 26 de outubro de 2006 a função idealizada pelo Ministério Público do Estado de Goiás, à qual aderiram os diversos órgãos que naquela data subscreveram o histórico ato de implementação do PAILI.

A assinatura, naquele dia, do convênio de implementação do PAILI, em solenidade realizada no auditório do Fórum de Goiânia e que contou com a presença do Presidente do Tribunal de Justiça, Procurador-Geral de Justiça, Secretários de Estado da Saúde e da Justiça e do Secretário Municipal de Saúde de Goiânia, registrou o marco inicial do resgate de uma grande dívida para com as pessoas submetidas à medida de segurança, mediante a construção não de um novo manicômio, agora dispensável, mas sim mediante a construção coletiva de um processo visando à implementação da reforma psiquiátrica nesse campo historicamente caracterizado pela violação de direitos fundamentais da pessoa humana.

Celebrado nacionalmente pela inovação e ousadia, o PAILI rendeu ao seu idealizador, o promotor de justiça Haroldo Caetano da Silva, o Prêmio Innovare no ano de 2009, na categoria Ministério Público, consolidando-se como modelo na atenção ao paciente em medida de segurança ao abolir definitivamente a ultrapassada figura do manicômio judiciário, mas também, e fundamentalmente, pela dedicação dos profissionais que o compõem no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde e de toda a rede de atenção psicossocial que lhe dá suporte nos municípios goianos já conveniados.



Realização do sonho de muitos, militantes ou não da Luta Antimanicomial, o PAILI apresenta hoje resultados exitosos, conquistados no resgate da vida digna e dos laços sociais e familiares de pessoas outrora abandonadas à própria sorte pelas ruas, ou esquecidas em prisões ou manicômios, não obstante as naturais dificuldades enfrentadas na atenção às pessoas com transtornos mentais e os novos desafios que aparecem a cada dia.

Resultado da conciliação, num verdadeiro concerto entre os diversos órgãos envolvidos com a matéria, em ambiente que contou com a participação ativa da sociedade, o PAILI constitui-se hoje em política pública consolidada, reconhecida nacionalmente e por órgãos de relevo, como os Ministérios da Saúde e da Justiça, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC), o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), dentre outros, sendo referência para muitos Estados brasileiros, que se espelham no modelo corajosamente implementado em Goiás para construir políticas públicas voltadas ao resgate da dignidade e dos direitos humanos fundamentais de mulheres e homens submetidos à medida de segurança.



*Sonho suave e bom que me envolveste
Não me deixes sózinho sobre a terra[.]
Se vais, contigo esta minha alma encerra,
Leva-a contigo a Deus d'onde vieste.*

*Como do céu minha alma assim mereceste
Que por ti d'ele um sonho se descerra
Ai com que frenesi que a ti se aferra,
Sonho, a ti sonho, esta alma a que desceste.*

*Sonhos que em vossas asas me tomais
Em meio do caudal em que derivo
E em vir a mim dos outros me estremais.*



MEDIDAS DE SEGURANÇA: HIPÓTESES LEGAIS

MODALIDADES

São duas as modalidades de medidas de segurança: INTERNAÇÃO e TRATAMENTO AMBULATORIAL. Dispõe o art. 96 do Código Penal:

Art. 96. As medidas de segurança são:

I – internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II – sujeição a tratamento ambulatorial.

IMPOSIÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA PARA O INIMPUTÁVEL

Se, por força de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, o sujeito era, ao tempo do crime, *inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento*, diz-se que ele é *inimputável*, ou seja, incapaz, sem responsabilidade penal, nos termos do art. 26 do Código Penal. Nesta condição, se ele pratica fato previsto como crime (homicídio, furto, roubo, estupro etc.), o juiz absolve-o, podendo aplicarlhe, entretanto, uma *medida de segurança*. Fala-se, na hipótese, em uma sentença de *absolvição imprópria*, pois, embora absolvendo o réu, o juiz determina sua sujeição obrigatória à medida de segurança, dando aplicação ao que prevê o art. 97 do Código Penal:

Art. 97. Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Já na própria legislação criminal a medida de segurança não tem, portanto, caráter punitivo ou retributivo. Não se trata de uma sanção penal.



SUBSTITUIÇÃO DA PENA POR MEDIDA DE SEGURANÇA PARA O SEMI-IMPUTÁVEL

A medida de segurança também poderá ser aplicada para o sujeito diagnosticado como *semi-imputável*, ou seja, aquele que, por força de *perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento*. Nesta hipótese, todavia, a imposição da medida de segurança será facultativa e terá caráter *substitutivo*, pois, caso o juiz não se convença de sua necessidade, poderá simplesmente reduzir a pena de um a dois terços, conforme dispõe o art. 26, parágrafo único, do Código Penal. A possibilidade da facultativa aplicação de medida de segurança vem prevista no art. 98 do Código Penal:

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

SUBSTITUIÇÃO DA PENA POR MEDIDA DE SEGURANÇA PARA O CONDENADO PRESO

Por outro lado, como não são raros os casos em que o sujeito passa a apresentar ou desenvolver transtornos mentais no cárcere, o que decorre, dentre outros fatores, das próprias características de qualquer estabelecimento destinado ao cumprimento da pena privativa de liberdade, também será possível, nesta hipótese, a aplicação de medida de segurança em *substituição* à pena privativa de liberdade. É o que estabelece o art. 183 da LEP:

Art. 183. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança.



*E então pedi-te,
não que me olhasses,
mas que afastasses,
um pouquinho,
do meu caminho,
um tal fulgor.*

*De medo, amor,
que me cegasse,
me deslumbrasse
fulgor assim.*



LEI N. 10.216/2001: LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA OU LEI ANTIMANICOMIAL¹

NOVO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

A Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 (*Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica*), veio contemplar o modelo humanizador historicamente defendido pelos militantes do *Movimento Antimanicomial*, mais conhecido como *Luta Antimanicomial*, tendo como diretriz a reformulação do modelo de atenção à saúde mental, transferindo o foco do tratamento que se concentrava na instituição hospitalar para uma rede de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos.

DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

A pessoa com transtorno mental passa a ter direitos expressos e bem definidos:

LEI N. 10.216/2001

Art. 1º. Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º. Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

¹ Vide texto integral da Lei no Anexo 1.



- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º. É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

REINserÇÃO SOCIAL DO PACIENTE

A medida de segurança não tem a natureza retributiva da sanção penal. Diferentemente da *pena* imposta ao indivíduo imputável, a internação e o tratamento ambulatorial são recursos *terapêuticos* voltados ao tratamento do agente inimputável ou semi-imputável e, como tal, visam exclusivamente à reinserção social e não à expiação de castigo. Tal objetivo é definido textualmente pela Lei da Reforma Psiquiátrica que, dentre outras regras, estabelece:

LEI N. 10.216/2001

Art. 4º. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º. O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º. É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

O modelo assistencial em saúde mental estabelecido pela Lei n. 10.216/2001 alcança todas as hipóteses de internação psiquiátrica, inclusive aquela determinada pela Justiça, caso em que é chamada de *internação compulsória*:



Art. 6º. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - **internação compulsória**: aquela determinada pela Justiça.

PREFERÊNCIA PELO TRATAMENTO AMBULATORIAL

Ao submeter o agente inimputável ou semi-imputável à medida de segurança, deve o juiz dar preferência ao tratamento ambulatorial, somente determinando a internação “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (art. 4º, *caput*). Impõe-se, pois, a interpretação da regra do parcialmente derogado art. 97 do CP conjugadamente com o art. 4º, *caput*, da Lei n. 10.216/2001, de forma que, mesmo que o fato seja punível com reclusão, deve o juiz preferir a medida de segurança não-detentiva, utilizando a internação apenas nos casos em que esta severa medida mostrar-se comprovadamente necessária. Entretanto, não havendo recursos extra-hospitalares suficientes e uma vez determinada pelo juiz a internação, esta deve obedecer aos estreitos limites definidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, sendo *obrigatoriamente* precedida de “*laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos*” (art. 6º, *caput*), vedada a internação, mesmo quando imposta como medida de segurança, sem a recomendação médica de sua real necessidade.

Em qualquer caso, o tratamento visará como finalidade permanente a reinclusão do paciente ao seu meio social (art. 4º, § 1º). A humanização do atendimento é regra absoluta, devendo o tratamento em regime de internação ser estruturado no sentido de oferecer assistência integral à pessoa com transtorno mental, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (art. 4º, § 2º).

Por outro lado, a Lei 10.216/2001 elimina a possibilidade de internação em manicômio judiciário ao vedar expressamente a internação em instituições com *características asilares* e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º da mesma Lei (art. 4º, § 3º).



VIOLAÇÃO AOS DIREITOS DO PACIENTE: CRIME DE TORTURA

Diante da expressa redação do art. 4º, § 3º, da Lei n. 10.216/2001, sequer se cogita do recolhimento da pessoa com transtorno mental submetida à medida de segurança em cadeia pública ou qualquer outro estabelecimento prisional. Tal situação, muitas vezes tolerada face à não implementação de políticas públicas de atenção à saúde mental, além de violar frontalmente o modelo assistencial instituído pela Lei da Reforma Psiquiátrica, constitui ainda *crime de tortura*, na modalidade prevista no art. 1º, § 1º, da Lei n. 9.455/97, por ele respondendo também aquele que se omite quando tinha o dever de evitar ou apurar a conduta (§ 2º), que é agravada quando praticada por agente público (§ 3º):

LEI N. 9.455/97 – LEI DE TORTURA:

Art. 1º Constitui crime de tortura:

(...)

Pena - reclusão, de dois a oito anos.

§ 1º Na mesma pena incorre quem submete pessoa presa ou **sujeita a medida de segurança** a sofrimento físico ou mental, por intermédio da prática de ato não previsto em lei ou não resultante de medida legal.

§ 2º Aquele que se omite em face dessas condutas, quando tinha o dever de evitá-las ou apurá-las, incorre na pena de detenção de um a quatro anos.

§ 3º Se resulta lesão corporal de natureza grave ou gravíssima, a pena é de reclusão de quatro a dez anos; se resulta morte, a reclusão é de oito a dezesseis anos.

§ 4º Aumenta-se a pena de um sexto até um terço:

I - se o crime é cometido por agente público.

Nesse contexto, sobressai a responsabilidade da autoridade penitenciária, do juiz e do promotor de Justiça, como também do diretor técnico, do diretor clínico e das equipes de saúde que prestam assistência às pessoas com transtorno mental, profissionais que devem fazer valer as disposições da Lei n. 10.216/2001, zelando pelo efetivo respeito à dignidade da pessoa submetida à medida de segurança, sob pena de responder criminalmente em caso de violação dos seus direitos, inclusive por omissão.



COMO FUNCIONA

O PAILI supervisiona o tratamento dispensado ao paciente na rede de atenção em saúde mental, o que compreende os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS, serviços residenciais terapêuticos e, ao mesmo tempo, faz a mediação entre o paciente e o juiz, em canal direto de comunicação que favorece, simplifica e desburocratiza o acesso permanente à Justiça.

A simplicidade das rotinas do Programa torna célere a aplicação do projeto terapêutico elaborado para cada paciente em particular, com a melhor e mais adequada assistência psicossocial, livre da burocracia típica dos procedimentos judiciais, o que concorre sobremaneira para a realização do objetivo maior: a reinserção do paciente à família e à sociedade.

AUTONOMIA

Com autonomia para ministrar o tratamento, as equipes psicossociais dos CAPS ou das unidades de internação determinam e colocam em prática a melhor terapêutica, acompanhados de perto pelos profissionais do PAILI, cuja atuação é marcada pela interlocução e integração com toda a rede de atenção em saúde mental.

Essa liberdade de ação de que dispõem os profissionais da saúde facilita ainda para a quebra de resistências ao acolhimento de pacientes do Programa, pois, com autonomia para o tratamento, não permanecem na dependência de decisões judiciais para encaminhamentos importantes como, por exemplo, nos casos de desinternação e encaminhamento do paciente para a família ou para uma residência terapêutica. Evitam-se, pela mesma razão, internações de longa duração por vezes caracterizadoras da perpétua privação da liberdade do paciente que, longe de seus laços afetivos e familiares, acabava se institucionalizando.



INSTRUMENTOS DE ATUAÇÃO E OBJETIVOS

O PAILI estuda cada caso sob o olhar clínico, psicossocial e jurídico; elabora projeto terapêutico individual de acordo com a singularidade de cada paciente e informa à autoridade judiciária a evolução do tratamento. O Programa visa também buscar a adesão do círculo sócio-familiar do paciente e, para tanto, trabalha junto à família para o restabelecimento de vínculos e posterior retorno ao lar.

São instrumentos de atuação do PAILI: discussão de casos com a equipe das unidades de saúde responsáveis pelo atendimento; realização de atividades públicas de sensibilização; estabelecimento de parcerias com instituições afins; promoção de debates com peritos oficiais para o contínuo aperfeiçoamento dos mecanismos relacionados à aplicação e à execução das medidas de segurança.

EXAME DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

A execução da medida de segurança, consistente que é em tratamento psiquiátrico compulsório, tem como objetivo permanente a reinserção social do paciente em seu meio (Lei 10.216/2001, art. 4º, § 1º). Não se fala mais em periculosidade, conceito superado com o advento da Lei Antimanicomial, devendo-se averiguar periodicamente, todavia, o processo de reintegração social do sujeito.

De tal sorte, desnecessária a ultrapassada perícia de *cessação da periculosidade*, impõe-se agora outro tipo de análise no sentido de verificar se aquele novo objetivo – reinserção social do paciente – está sendo alcançado. Trata-se, portanto, de avaliação psicossocial e não mais puramente psiquiátrica e que será materializada mediante relatório da própria equipe técnica do PAILI.

As informações do *laudo de avaliação psicossocial*, que deverá responder aos quesitos eventualmente apresentados, subsidiarão o juiz para a liberação condicional do paciente (Código Penal, art. 97, § 3º).

Quesitos básicos:

- a. Há quanto tempo o paciente é acompanhado pelo PAILI?
- b. Quais serviços da rede de atenção em saúde mental vêm sendo utilizados pelo paciente?
- c. Como foi a adesão do paciente ao tratamento?



- d. Onde reside o paciente? Mora só ou com familiares? Tem companhia? Tem filhos?
- e. O paciente faz uso de medicamentos? Quais?
- f. O paciente trabalha? Em que atividade?
- g. O paciente recebe algum benefício previdenciário ou assistencial? Qual (ou quais)?
- h. Houve algum evento, durante o acompanhamento do paciente pelo PAILI, que demonstrasse falha no tratamento a ele dispensado?
- i. A rede de atenção em saúde mental do município está em condições de continuar o acompanhamento do paciente independentemente da supervisão do PAILI?
- j. Há outras informações que sejam relevantes para a análise da situação psicossocial do paciente?

EQUIPE

A equipe multiprofissional do Programa é integrada por advogados, assistentes sociais, psicólogos, acompanhantes terapêuticos, médicos psiquiatras e auxiliares administrativos, todos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde.

O modelo contemplado pelo PAILI é inovador, pioneiro e inédito na sua conformação, embora inspirado inicialmente na experiência mineira do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) que, diversamente do congênere goiano, é vinculado e subordinado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

Com autonomia para realizar as rotinas de atendimento, a equipe do Programa faz a interface entre o paciente, o juiz, o Ministério Público, a Defensoria Pública, o sistema penitenciário e a rede de atenção em saúde mental. Destaca-se, a propósito, a inclusão da pessoa submetida à medida de segurança no ambiente universal e democrático do Sistema Único de Saúde, sem distinção de outros pacientes, o que favorece sobremaneira a almejada inclusão à família e à sociedade.

A equipe do PAILI ainda assume a tarefa de acompanhar o paciente na realização de interesses importantes como, por exemplo, para a obtenção de documentos pessoais, benefícios previdenciários e assistenciais, junto aos diversos órgãos da Administração Pública.



O JUIZ

O processo de execução da medida de segurança continua jurisdicionalizado. Afinal, a medida de segurança decorre de uma sentença judicial proferida em um processo criminal e é necessariamente executada perante o juízo da execução penal. Entretanto, não é o juiz quem determina diretamente a modalidade do tratamento a ser dispensado ao paciente. O médico é o profissional habilitado a estabelecer a necessidade desta ou daquela terapia, com a fundamental colaboração das equipes psicossociais. Aliás, é a Lei da Reforma Psiquiátrica que exige, em seu art. 6º, o *laudo médico circunstanciado* como pressuposto elementar para a internação psiquiátrica.

A proteção jurisdicional é garantia constitucional do cidadão na esfera da execução penal e, na presidência do processo executivo, o juiz acompanhará o tratamento dispensado ao paciente e decidirá sobre eventuais excessos ou desvios, até final extinção da medida de segurança.

O MINISTÉRIO PÚBLICO

Também o Ministério Público permanece com sua atuação fiscalizadora, acompanhando o desenrolar do procedimento judicial e, fundamentalmente, o tratamento dispensado aos pacientes pela rede de atenção em saúde mental e o regular funcionamento do PAILI.

LOCALIZAÇÃO E CONTATOS

PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
Rua R-14, nº 173, Setor Oeste, Goiânia – Goiás, CEP 74.150-972.
(62) 3201-4503 / 4516

ROTINAS DE FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA

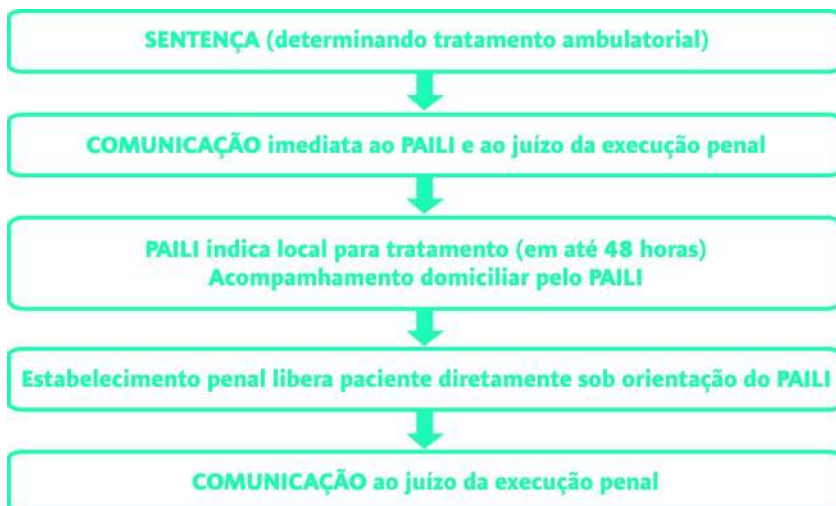
INTERNAÇÃO

(vide anexo I do Convênio)



TRATAMENTO AMBULATORIAL

(vide anexo II do Convênio)





COMISSÃO ESTADUAL DE ACOMPANHAMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

A Comissão Estadual de Acompanhamento das Medidas de Segurança (CEAMS), criada pelo Convênio de implementação do PAILI, é um colegiado composto pelos técnicos do Programa e por representantes da Secretaria de Estado da Saúde, da AGSEP (Agência Goiana do Sistema de Execução Penal), da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, do Centro de Apoio Operacional da Saúde do Ministério Público do Estado de Goiás, da Junta Médica do Tribunal de Justiça, assim como por representantes das unidades de atenção em saúde mental e das clínicas psiquiátricas que manifestarem tal interesse.

A Comissão reúne-se mensalmente para avaliação e planejamento de ações, devendo encaminhar relatórios periódicos ao Ministério Público e ao juízo da execução penal pertinentes, bem como relatório anual à Corregedoria Geral da Justiça e à Procuradoria Geral de Justiça.



PERGUNTAS FREQUENTES

A) É O PAILI UM ÓRGÃO DO PODER EXECUTIVO OU DO PODER JUDICIÁRIO?

Resposta extraída da cláusula 2.3 do Convênio:

“O PAILI, administrativamente subordinado à Secretaria de Estado da Saúde e com atuação auxiliar aos juízos da execução penal, é o órgão responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás.”

B) PODE O PAILI PROMOVER A MUDANÇA NO REGIME DE CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA?

Resposta extraída do Despacho n. 1092/2008, da Corregedoria Geral do Tribunal de Justiça de Goiás:

“A Juíza de Direito da Comarca de Itapaci formula pedido de orientação acerca da possibilidade do PAILI promover a mudança no regime de cumprimento de medida de segurança imposta a loucos infratores. A matéria é abordada no art. 4º da Lei Antimanicomial. O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator tem atribuição para, no âmbito administrativo, executar a medida de segurança aplicada ao louco infrator, desde que, mediante observância dos quesitos legais, tal como laudo médico e comunicação posterior ao juízo da execução acerca do atual regime de cumprimento da medida de segurança. Ademais, impende observar que todas as atividades estarão sujeitas à atividade fiscalizatória desenvolvida pelo Ministério Público e pelo Juiz da Execução Penal.”

C) O PRESO PROVISÓRIO QUE APRESENTA QUADRO DE TRANSTORNO MENTAL SEVERO PODE SER ATENDIDO PELO PAILI?

Não. O Programa não substitui a administração penitenciária na sua tarefa de prestar assistência à saúde do preso. O PAILI somente atua após a realização de perícia médica e consequente aplicação da medida de segurança pelo juiz. Não há óbice, entretanto, que se



estabeleçam parcerias entre os estabelecimentos penais e o PAILI para a atuação conjunta em casos dessa natureza.

D) O CONDENADO QUE APRESENTAR TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO SERÁ ATENDIDO PELO PAILI?

Não. Todavia, depois de realizada perícia médica e decretada pelo juiz a substituição da pena por medida de segurança (nos termos do art. 183 da LEP), aí sim o PAILI deverá atuar.

E) SENDO HIPÓTESE DE INTERNAÇÃO, MAS DIANTE DA INEXISTÊNCIA DE VAGA NA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL, COMO SERÁ O ENCAMINHAMENTO DO CASO?

Resposta extraída da cláusula 2.9 do Convênio:

“O mesmo procedimento (colocação do paciente junto à própria família ou em residência terapêutica) poderá ser provisoriamente adotado em caso de inexistência ou dificuldade na obtenção de vaga para a internação. Nesta hipótese, o paciente será rigorosamente acompanhado pelo PAILI por meio de visitas semanais ou até mais frequentes, dando pleno suporte ao paciente e sua família.”

F) O PAILI ATENDE O PACIENTE EM TRATAMENTO AMBULATORIAL?

Resposta extraída da cláusula 2.10 do Convênio:

“O PAILI acompanhará os pacientes em tratamento ambulatorial, diligenciando para a garantia e proteção de seus direitos (Lei Antimanicomial, art. 2º).”



ANEXO 1 – LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

LEI N. 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA: Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde



aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visar, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por



solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001



ANEXO 2 – CONVÊNIO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

TERMO DE CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA E OPERACIONAL REFERENTE À IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR

TERMO DE CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA E OPERACIONAL QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE E DA JUSTIÇA, O MUNICÍPIO DE GOIÂNIA, POR MEIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, O TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE GOIÁS E O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS .

O ESTADO DE GOIÁS, por meio das SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE e da JUSTIÇA, representadas neste ato por seus respectivos titulares, Dr. CAIRO ALBERTO DE FREITAS e Dr. EDMUNDO DIAS OLIVEIRA FILHO, o MUNICÍPIO DE GOIÂNIA, por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, representada pelo Secretário Municipal da Saúde, Dr. PAULO RASSI, o TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE GOIÁS, representado neste ato por seu Presidente, Desembargador JAMIL PEREIRA DE MACEDO, e o MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Procuradoria-Geral de Justiça, neste ato representada pelo Procurador-Geral de Justiça Substituto, Dr. JOSÉ EDUARDO VEIGA BRAGA, celebram o presente CONVÊNIO, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Convênio tem por objeto estabelecer condições técnicas e operacionais, através da cooperação mútua entre os convenientes , com vistas à implementação do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS DIRETRIZES

2.1 – A execução das medidas de segurança, no âmbito administrativo, é tarefa de responsabilidade das Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça.



2.2 – Para a implementação de ações voltadas à execução das medidas de segurança, orientadas pelas disposições do Código Penal, da Lei de Execução Penal e, fundamentalmente, da Lei Antimanicomial (Lei nº 10.216/2001), buscar-se-á a colaboração dos municípios, a participação da sociedade e da família.

2.3 - O PAILI, administrativamente subordinado à Secretaria de Estado da Saúde e com atuação auxiliar aos juízos da execução penal, é o órgão responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás.

2.4 – A atuação do PAILI obedecerá aos fluxos de procedimentos estabelecidos nos anexos 1 e 2 deste Convênio.

2.5 - O PAILI tem autonomia, observadas as normas da legislação pertinente, para indicar o local adequado para a execução da medida de segurança imposta, seja na modalidade de internação ou tratamento ambulatorial.

2.6 – Os estabelecimentos penais subordinados à Secretaria de Estado da Justiça atenderão às orientações do PAILI para o encaminhamento dos pacientes submetidos à medida de segurança.

2.7 – Uma vez determinada, por ordem judicial, a internação ou o tratamento ambulatorial do paciente, o PAILI terá prioridade, junto aos estabelecimentos penais, no encaminhamento dos procedimentos para a busca de vaga em clínica psiquiátrica.

2.8 - Caso seja recomendada por laudo médico a desinternação do paciente, e considerando o que dispõe a Lei Antimanicomial, particularmente o seu art. 4º e respectivos parágrafos, o PAILI diligenciará para a colocação do paciente junto à própria família ou, alternativamente, em residência terapêutica, com posterior comunicação ao juízo da execução penal;

2.9 – O mesmo procedimento (colocação do paciente junto à própria família ou em residência terapêutica) poderá ser provisoriamente adotado em caso de inexistência ou dificuldade na obtenção de vaga para a internação. Nesta hipótese, o paciente será rigorosamente acompanhado pelo PAILI por meio de visitas semanais ou até mais frequentes, dando pleno suporte ao paciente e sua família.



2.10 – O PAILI acompanhará os pacientes em tratamento ambulatorial, diligenciando para a garantia e proteção de seus direitos (Lei Antimanicomial, art. 2º).

2.11 – A internação dos pacientes do PAILI dar-se-á nos moldes do SUS, na rede pública ou conveniada, sem qualquer forma de discriminação.

2.12 - No prazo de 30 (trinta) dias, contados da assinatura deste Convênio, será instalada a Comissão Estadual de Acompanhamento das Medidas de Segurança, criada neste ato e composta pelos membros do PAILI e por representantes (indicados mediante portaria) dos demais órgãos convenientes. Poderá integrar-se à Comissão, mediante convite desta, representante de clínica psiquiátrica ou de entidade relacionada à saúde mental que manifestar tal interesse.

2.13 - A Comissão reunir-se-á mensalmente para avaliação e planejamento de ações, encaminhando relatórios das atividades, também mensais, à Promotoria de Justiça e ao juízo da execução penal pertinentes. Será encaminhado relatório anual das atividades da Comissão e do PAILI também à Corregedoria Geral da Justiça e à Procuradoria-Geral de Justiça.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES

3.1 - OBRIGAÇÕES COMUNS

3.1.1 – Intercambiar informações, documentos e apoio técnico-institucionais necessários à consecução da finalidade deste instrumento.

3.1.2 – Atuar em parceria no planejamento, implantação, execução, acompanhamento e avaliação do programa objeto do presente Convênio, propondo a qualquer tempo reformulações, readequações que entenderem cabíveis.

3.1.3 – Fornecer, quando solicitadas pelos partícipes, os documentos e informações julgados pertinentes à consecução do objeto deste pacto.

3.1.4 - Expedir, a partir da assinatura deste Convênio, orientação aos que devam dele conhecer, no sentido de dar pronto e adequado atendimento ao seu objeto.



3.1.5 – Realizar, em conjunto, palestras, cursos e seminários no âmbito das questões tratadas neste instrumento.

3.1.6 – Designar um representante para integrar a Comissão Estadual de Acompanhamento das Medidas de Segurança.

3.2 - DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

3.2.1 – Assumir, em caso de extinção do PAILI, atualmente dependente de convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Ministério da Saúde, as suas atribuições, por meio da Superintendência Executiva da Secretaria de Estado da Saúde ou, por delegação desta, outro órgão da mesma Secretaria.

3.2.2 – Adotar providências no sentido de disponibilizar vagas a serem utilizadas pelos pacientes do PAILI no interior do Estado, mediante a formalização de convênios específicos com os respectivos municípios.

3.2.3 – Disponibilizar, em 30(trinta) dias, a contar da assinatura deste Convênio, espaço físico e estrutura de funcionamento do PAILI.

3.2.4 – Adotar providências com vistas à capacitação para técnicos do PAILI e da área de saúde mental da rede pública.

3.3 – DA SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA

Providenciar os meios necessários, em todos os estabelecimentos penais, para o pleno e desimpedido funcionamento do PAILI.

3.4 – DA SECRETARIA DA SAÚDE DE GOIÂNIA

3.4.1 - Regular os leitos psiquiátricos da rede de assistência conveniada ao SUS.

3.4.2 - providenciar as necessárias autorizações de internação hospitalar para o encaminhamento dos pacientes às clínicas psiquiátricas conveniadas ao Sistema Único de Saúde – SUS.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA E DO ENCERRAMENTO

O presente Convênio entrará em vigor na data da sua assinatura e vigorará por prazo indeterminado, podendo, todavia, ser



rescindido, a qualquer tempo, por iniciativa de algum dos convenentes, mediante aviso, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ficando assegurados o prosseguimento e a conclusão dos trabalhos em curso, salvo decisão em contrário acordada pelas partes.

CLÁUSULA QUINTA – DOS ADITAMENTOS

Este Convênio poderá, a qualquer tempo, ser alterado por meio de termo aditivo, firmado por todos os convenentes.

CLÁUSULA SEXTA – DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer questões relativas a este Convênio, eventualmente não resolvidas no âmbito administrativo, excluído qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PUBLICIDADE

O extrato do presente instrumento deverá ser publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás, sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde.

Assim ajustadas, as partes firmam o presente Convênio, em 05 (cinco) vias de igual teor e forma.

Goiânia, 26 outubro de 2006.

CAIRO ALBERTO DE FREITAS

Secretário da Saúde do Estado de Goiás

EDEMUNDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO

Secretário de Estado da Justiça

PAULO RASSI

Secretário Municipal da Saúde de Goiânia

JOSÉ EDUARDO VEIGA BRAGA

Procurador-Geral de Justiça Substituto

JAMIL PEREIRA DE MACEDO

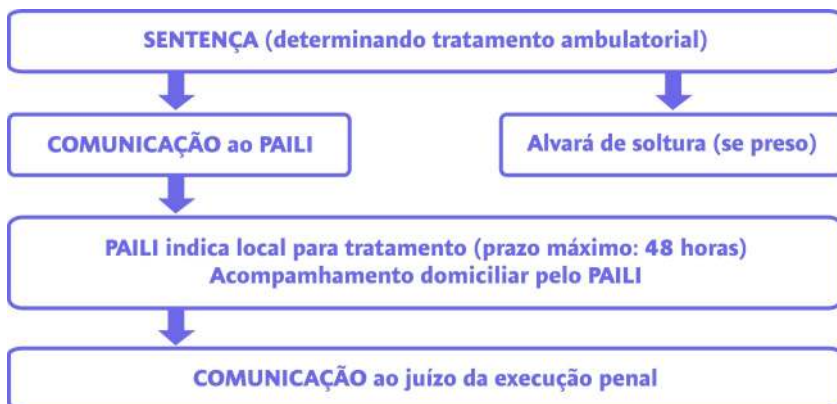
Presidente do Tribunal de Justiça de Goiás



ANEXO A DO CONVÊNIO: INTERNAÇÃO



ANEXO B DO CONVÊNIO: TRATAMENTO AMBULATORIAL





ANEXO 3 – PORTARIA DE CRIAÇÃO DO PAILI NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PORTARIA N. 019/2006-GAB/SES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE no uso das atribuições que lhe são legalmente conferidas e,

CONSIDERANDO a lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO a resolução n. 5 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, de 4 de maio de 2004, que estabelece os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma íntegra com as demais políticas sociais, estabelecendo ainda que nos estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico os pacientes deverão ser tratados na rede SUS;

CONSIDERANDO as propostas da III Conferência Nacional de Saúde Mental, contrárias à reclusão do louco infrator em Manicômio Judiciário e favoráveis à discussão da assistência ao louco infrator com as diferentes áreas envolvidas, com o objetivo de garantir a responsabilidade, a reinserção social e assistência, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e da Reforma Psiquiátrica.

CONSIDERANDO o relatório do Seminário Nacional para Reorientação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que aponta a necessidade de formulação de novos paradigmas jurídicos, além de novos paradigmas assistenciais no cuidado ao louco infrator, além da garantia do tratamento destes no SUS.

RESOLVE:

Art. 1º - Revogar a PORTARIA N. 002/2006-GAB/SES.

Art. 2º - CRIAR o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator no Estado de Goiás – PAILI - constante do Anexo I desta portaria, destinado a promover atenção integral à saúde das pessoas portadoras de transtornos mentais, submetidas à medida de segurança no Estado.

Art. 3º - O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - PAILI, para implementação de suas ações, buscará firmar parcerias com instituições das áreas de saúde, assistência social, segurança pública, justiça e outras instituições afins, bem como estabelecer acordos,



convênios ou outros mecanismos similares com organizações não governamentais, regularmente constituídos.

Art. 4º - Para realização das parcerias citadas no Art. 2º, far-se-á uma Declaração Conjunta de Intenções.

Art. 5º - Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando se as disposições em contrário.

PUBLIQUE-SE, DÊ-SE CIÊNCIA E CUMPRA-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE,
aos 31 dias do mês de janeiro de 2006.
BENEVIDES MAMEDE JÚNIOR
Secretário de Estado da Saúde em exercício

ANEXO 1 DA PORTARIA N. 019/2006-GAB/SES

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR

1 - Propósito

Promover atenção integral à saúde das pessoas portadoras de transtornos mentais, submetidas à medida de segurança no Estado, bem como daquelas que manifestarem sofrimento mental no transcurso da execução penal.

2 - População-Alvo

Pessoas portadoras de sofrimento mental que estão submetidas à medida de segurança no Estado de Goiás e aquelas que manifestarem sofrimento mental no transcurso da execução penal.

3 - Atribuições

3.1 - Produzir relatórios para justiça, sugerindo Projeto Terapêutico adequado à singularidade do caso, definindo a instituição onde a pessoa será acompanhada e outros procedimentos terapêuticos.

3.2 - Acompanhar o tratamento do louco infrator em



cumprimento da medida de segurança, informando a autoridade judicial, periodicamente, quanto à evolução do tratamento.

3.3 - Acompanhar os processos judiciais, encaminhados pela justiça, para auxiliar as autoridades judiciais a realizar dentro dos prazos legais, os exames de cessação de periculosidade.

3.4 - Promover discussão com peritos oficiais antes da realização do exame de cessação de periculosidade, fornecendo a eles maiores informações quanto ao atual estado de evolução do tratamento e demais informações relevantes para individualização do exame.

3.5 - Garantir acesso ao tratamento na rede pública de saúde, possibilitando ao paciente recursos que garantam sua circulação pelo espaço social.

3.6 - Realizar discussão de casos com a equipe de atendimento do paciente, acompanhando sua evolução clínica, intervindo clinicamente, quando se fizer necessário um processo de responsabilização.

3.7 - Estabelecer parcerias com instituições afins, buscando a acessibilidade, cidadania e a inserção social do louco infrator.

3.8 - Realizar atividade de sensibilização com profissionais e autoridades das áreas da saúde, justiça, assistência social buscando desmistificar a imagem do louco infrator como pessoa perigosa e incapaz, cultivada ao longo da história da loucura.

4 - Resultados Esperados e Metas

Acolher, avaliar e acompanhar 100% da demanda recebida; Produzir relatórios para autoridade judicial de 100% dos casos da demanda encaminhada pela justiça e acolhida pelo PAILI; Indicar a realização dentro dos prazos legais, dos exames de cessação de periculosidade em todos os processos recebidos; Garantir discussões com peritos oficiais antes da realização do exame de cessação de periculosidade; Promover o acesso ao tratamento do louco infrator na rede pública; Garantir que 100% dos casos sejam encaminhados para a rede pública de saúde; Estabelecer parcerias com todas as instituições que possibilitem a inserção social; Realizar no mínimo 02 (dois) eventos de sensibilização à profissionais e autoridades envolvidas na questão do louco infrator.

5 - Recursos Humanos

O Programa deverá contar com equipe multidisciplinar mínima de 01 Advogado, 02 Assistentes Sociais, 01 Médico Psiquiatra e 04 Psicólogos, 01 enfermeira. A equipe de apoio ao Programa deverá contar com 02 auxiliares administrativos e estagiários das áreas da saúde e da justiça.



6 - Infra-Estrutura

O Programa deverá contar com a estrutura mínima de uma sala de recepção, e duas salas para atendimentos e uma sala de reuniões.

7 - Competência

7.1 - Secretaria de Estado de Saúde de Goiás

- Administrar e sediar o Programa Intersectorial de Atenção ao Louco Infrator;

- Disponibilizar Recursos Humanos para o Programa.

- Disponibilizar o transporte necessário às atividades desenvolvidas pelo Programa.

- Articular e capacitar as equipes dos serviços extra-hospitalares da rede de atenção à saúde mental do Estado para a adesão ao Programa.

- Realizar eventos para a sensibilização das autoridades e profissionais envolvidos na atenção ao Louco Infrator.

- Desenvolver as parcerias necessárias e tomar outras providências para a operacionalização do Programa.

ANEXO 4 – CONVÊNIO DE ADEÇÃO AO PROGRAMA

TERMO DE CONVÊNIO PARA INCLUSÃO DO MUNICÍPIO DE AO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR (PAILI).

O ESTADO DE GOIÁS, através da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, por meio da SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE, representado neste ato pelo Superintendente e o MUNICÍPIO DE, por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, representada pelo Secretário Municipal da Saúde, Dr., celebram o presente CONVÊNIO, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Convênio tem por objeto estabelecer condições



técnicas e operacionais, através da cooperação mútua entre os convenientes, com vistas à adesão do Município de ao Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI, em conformidade com a Cláusula Terceira, Item 3.2.2, do convênio celebrado em 26 de outubro de 2006 entre o Estado de Goiás, por intermédio das Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, o Município de Goiânia, por meio da Secretaria Municipal da Saúde, o Tribunal de Justiça e o Ministério Público do Estado de Goiás.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES

2.1 – Obrigações comuns

2.1.1 – Intercambiar informações, documentos e apoio técnico-institucionais necessários à consecução da finalidade deste instrumento.

2.1.2 – Atuar em parceria no planejamento, implantação, execução, acompanhamento e avaliação do programa objeto do presente Convênio, propondo a qualquer tempo reformulações, readaptações que entenderem cabíveis.

2.1.3 – Fornecer, quando solicitadas pelos partícipes, os documentos e informações julgados pertinentes à consecução do objeto deste pacto.

2.1.4 - Expedir, a partir da assinatura deste Convênio, orientação aos que devam dele conhecer, no sentido de dar pronto e adequado atendimento ao seu objeto.

2.1.5 – Realizar, em conjunto, palestras, cursos, seminários e capacitação de profissionais no âmbito das questões tratadas neste instrumento.

2.1.6 – Designar um representante para integrar a Comissão Estadual de Acompanhamento das Medidas de Segurança., mediante aprovação desta.

2.2 – Da Secretaria Municipal da Saúde de

2.2.1 – proporcionar condições para que o paciente do PAILI tenha pleno acesso aos recursos disponíveis na rede de saúde pública e conveniada do município;

2.2.2 – proporcionar o fornecimento da medicação prescrita pelo médico responsável pelo tratamento;

2.2.3 – caso não haja tratamento adequado no âmbito do município, proporcionar transporte para o paciente e um acompanhante para município pactuado que ofereça tais serviços, nos moldes do Sistema Único de Saúde (SUS);



2.2.4 – proporcionar a continuidade do tratamento quando do retorno do paciente;

2.2.5 – proporcionar o acompanhamento do paciente pela Equipe de Saúde da Família – ESF, equipe esta que poderá servir como elo de comunicação entre a Secretaria Municipal da Saúde e o PAILI.

2.3 – Do PAILI

2.3.1 – As competências do PAILI são aquelas estabelecidas no Convênio de sua implementação, cujo termo e seus respectivos anexos ficam fazendo parte integrante deste.

2.3.2 – Remeter cópia deste Termo de Convênio, devidamente acompanhada do Convênio de Implementação do PAILI, aos juízes de direito e aos promotores de justiça da comarca do município convenente.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA APLICAÇÃO DO CONVÊNIO

Aplicam-se a este Aditivo as demais cláusulas dispostas no Convênio de Cooperação Técnica e Operacional celebrado, no dia 26 de outubro de 2006, entre o Estado de Goiás, por intermédio das Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, o Município de Goiânia, por meio da Secretaria Municipal da Saúde, o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás e o Ministério Público do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUARTA – DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer questões relativas a este Convênio, eventualmente não resolvidas no âmbito administrativo, excluído qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA QUINTA – DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente Convênio entrará em vigor na data da sua assinatura e vigorará por prazo indeterminado, podendo, todavia, ser rescindido, a qualquer tempo, por iniciativa de algum dos convenentes, mediante aviso, por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, ficando assegurados o prosseguimento e a conclusão dos trabalhos em curso, salvo decisão em contrário acordada pelas partes.

Assim ajustadas, as partes firmam o presente Convênio, em 2 (duas) vias de igual teor e forma.

Goiânia, de de

Superintendente de Políticas de Atenção Integral à Saúde

Secretário Municipal da Saúde de



ANEXO 5 – RESOLUÇÃO N. 113 DO CNJ, DE 20 DE ABRIL/2010

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

RESOLUÇÃO N. 113, DE 20 DE ABRIL DE 2010

Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, no uso de suas atribuições constitucionais e regimentais,

CONSIDERANDO a necessidade de uniformizar procedimentos relativos à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, no âmbito dos Tribunais;

CONSIDERANDO que o CNJ integra o Sistema de Informações Penitenciárias - INFOPEN, do Ministério da Justiça, o que dispensa a manutenção de sistema próprio de controle da população carcerária;

CONSIDERANDO que compete ao juiz da execução penal emitir anualmente atestado de pena a cumprir, conforme o disposto no inciso X do artigo 66 da Lei n. 7.210/1984, com as modificações introduzidas pela Lei n. 10.713/2003;

CONSIDERANDO a necessidade de consolidar normas do CNJ em relação à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança;

CONSIDERANDO o deliberado pelo Plenário do Conselho Nacional de Justiça na 103ª Sessão Ordinária, realizada em 20 de abril de 2010, nos autos do ATO 0002698-57.2010.2.00.0000;

CONSIDERANDO o deliberado pelo Plenário do Conselho Nacional de Justiça na 103ª Sessão Ordinária, realizada em 20 de abril de 2010, nos autos do ATO 0002698-57.2010.2.00.0000;

RESOLVE:

DA EXECUÇÃO PENAL

Art. 1º - (...)

Art. 2º A guia de recolhimento para cumprimento da pena privativa de liberdade e a guia de internação para cumprimento de medida



de segurança obedecerão aos modelos dos anexos e serão expedidas em duas vias, remetendo-se uma à autoridade administrativa que custodia o executado e a outra ao juízo da execução penal competente.

§ 1º Estando preso o executado, a guia de recolhimento definitiva ou de internação será expedida ao juízo competente no prazo máximo de cinco dias, a contar do trânsito em julgado da sentença ou acórdão, ou do cumprimento do mandado de prisão ou de internação.

§ 2º (Revogado pela Resolução nº 116, de 03.08.10)
(...)

DA EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Art. 14 A sentença penal absolutória que aplicar medida de segurança será executada nos termos da Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984, da Lei n. 10216, de 06 de abril de 2001, da lei de organização judiciária local e da presente resolução, devendo compor o processo de execução, além da guia de internação ou de tratamento ambulatorial, as peças indicadas no artigo 1º dessa resolução, no que couber.

Art. 15 Transitada em julgado a sentença que aplicou medida de segurança, expedir-se-á guia de internação ou de tratamento ambulatorial em duas vias, remetendo-se uma delas à unidade hospitalar incumbida da execução e outra ao juízo da execução penal.

Art. 16 O juiz competente para a execução da medida de segurança ordenará a formação do processo de execução a partir das peças referidas no artigo 1º dessa resolução, no que couber.

Art. 17 O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimani-comiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

DISPOSIÇÕES GERAIS

(...)

Art. 24 Os Tribunais e os juízos deverão adaptar sua legislação e práticas aos termos da presente resolução no prazo de até 60 dias.

Art. 25 Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.



Art. 26 Ficam revogadas a Resolução n. 19, de 29 de agosto de 2006, a Resolução n. 29, de 27 de Fevereiro de 2007, a Resolução n. 33, de 10 de abril de 2007, e a Resolução n. 57, de 24 de junho de 2008

GILMAR MENDES - Presidente do CNJ

ANEXO 6 – RECOMENDAÇÃO N. 35 DO CNJ, DE 12 DE JULHO DE 2011

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

RECOMENDAÇÃO N. 35, DE 12 DE JULHO DE 2011

Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ), no uso de suas atribuições constitucionais e regimentais;

CONSIDERANDO a Resolução n. 113, de 20 de abril de 2010, deste Conselho que, entre outras providências, dispõe sobre o procedimento relativo à execução da medida de segurança,

CONSIDERANDO a Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental,

CONSIDERANDO os princípios e diretrizes aprovados na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada de 11 a 15 de dezembro de 2001,

CONSIDERANDO os princípios e diretrizes aprovados na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada de 27 de junho a 1º de julho de 2010,

CONSIDERANDO a Resolução n. 4, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, de 30 de julho de 2010,

CONSIDERANDO a experiência exitosa de programas pioneiros no Brasil de atenção a pacientes judiciários adotando a política antimanicomial,

RESOLVE RECOMENDAR aos Tribunais que:



I – na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto;

II – a política antimanicomial possua como diretrizes as seguintes orientações:

a) mobilização dos diversos segmentos sociais, compartilhamentos de responsabilidades, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental e infundam o respeito aos direitos fundamentais e sociais das pessoas sujeitas às medidas de segurança;

b) diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, a fim de buscar a intersetorialidade necessária;

c) criação de um núcleo interdisciplinar, para auxiliar o juiz nos casos que envolvam sofrimento mental;

d) acompanhamento psicossocial, por meio de equipe interdisciplinar, durante o tempo necessário ao tratamento, de modo contínuo;

e) permissão, sempre que possível, para que o tratamento ocorra sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, visando sempre à manutenção dos laços familiares;

f) adoção de medida adequada às circunstâncias do fato praticado, de modo a respeitar as singularidades sociais e biológicas do paciente judiciário;

g) promoção da reinserção social das pessoas que estiverem sob tratamento em hospital de custódia, de modo a fortalecer suas habilidades e possibilitar novas respostas na sua relação com o outro, para buscar a efetivação das políticas públicas pertinentes à espécie, principalmente quando estiver caracterizada situação de grave dependência institucional, consoante o art. 5º da Lei no 10.216/2001;

h) manutenção permanente de contato com a rede pública de saúde, com vistas a motiva a elaboração de um projeto de integral atenção aos submetidos às medidas de segurança;

i) realização de perícias por equipe interdisciplinar.

III – em caso de internação, ela deve ocorrer na rede de saúde pública ou conveniada, com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário, com observância das orientações previstas nesta recomendação. Publique-se e encaminhe-se cópia desta Recomendação a todos os Tribunais.

CEZAR PELUSO – Presidente do CNJ



ANEXO 7 – RESOLUÇÃO N. 4 DO CNPCP, DE 30 DE JULHO/2010

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

RESOLUÇÃO N. 4, DE 30 DE JULHO DE 2010

Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, no uso de suas atribuições legais, previstas no Art. 64, I, Lei n. 7.210/84, CONSIDERANDO a Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; CONSIDERANDO os princípios e diretrizes aprovados na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada de 11 a 15 de dezembro de 2001; CONSIDERANDO os princípios e diretrizes aprovados na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada de 27 de junho a 1 de julho de 2010; CONSIDERANDO a Resolução N. 5, de 4 de maio de 2004, deste Conselho, que dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-as à previsão contida na Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001; CONSIDERANDO a Resolução N. 113, de 20 de abril de 2010, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que, entre outras providências, dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e medida de segurança; CONSIDERANDO, finalmente, o aprendizado a partir do amadurecimento de programas pioneiros no Brasil de atenção a pacientes judiciários adotando a política antimanicomial; resolve:

Art. 1º - O CNPCP, como órgão responsável pelo aprimoramento da política criminal, recomenda a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança.

§ 1º - Devem ser observados na execução da medida de segurança os princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de tratamento e cuidado em saúde mental que deve acontecer de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto;

§ 2º - Devem ser também respeitadas as seguintes orientações:

I - Intersetorialidade como forma de abordagem, buscando o diálogo e a parceria entre as diversas políticas públicas e a sociedade



civil e criando espaços e processos integradores de saberes e poderes;

II - Acompanhamento psicossocial contínuo, realizado pela equipe interdisciplinar que secretaria o transcurso do processo e oferece os recursos necessários para a promoção do tratamento em saúde mental e invenção do laço social possível compartilhando os espaços da cidade, bem como realiza a coleta de subsídios que auxiliem na adequação da medida judicial às condições singulares de tratamento e inserção social;

III - Individualização da medida, respeitando as singularidades psíquicas, sociais e biológicas do sujeito, bem como as circunstâncias do delito;

IV - Inserção social, que promove a acessibilidade do sujeito aos seus direitos fundamentais gerais e sociais, bem como a sua circulação na sociedade, colocando-o de modo responsável para com o mundo público;

V - Fortalecimento das habilidades e capacidades do sujeito em responder pelo que faz ou deixa de fazer por meio do laço social, através da oferta de recursos simbólicos que viabilizem a ressignificação de sua história, produção de sentido e novas respostas na sua relação com o outro;

Art. 2º - A abordagem à pessoa com doença mental na condição de autor do fato, réu ou sentenciado em processo criminal, deve ser objeto de atendimento por programa específico de atenção destinado a acompanhar o paciente judiciário nas diversas fases processuais, mediando as relações entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo, visando à promoção da individualização da aplicação das penas e medidas de segurança e no encaminhamento das questões de execução penal dos pacientes judiciários;

I - A União e os Estados devem garantir que o programa específico de atenção ao paciente judiciário tenha extensão em todo o território nacional, podendo contar nos Estados com uma estrutura central e núcleos regionais ou municipais.

Art. 3º - São responsabilidades do programa específico de atenção ao paciente judiciário:

I - promover o estudo e o acompanhamento dos processos criminais e infracionais em que figurem pacientes judiciários, visando à elaboração de projeto individualizado de atenção integral;

II - realizar o acompanhamento psicológico, jurídico e social do paciente judiciário usando a rede substitutiva de serviços de saúde mental;

III - manter contato e articulação intersetoriais, em caráter permanente, com:

a) a rede pública de saúde, visando a efetivar a individualização do projeto de atenção integral;

b) a rede social, visando à promoção social do paciente judiciário



e à efetivação das políticas públicas pertinentes ao caso;

IV - realizar discussões com peritos criminais nos casos em que houver exame de sanidade mental e cessação de periculosidade, apresentando, em caso de determinação judicial, dados relativos ao acompanhamento do paciente;

V - emitir relatórios e pareceres ao juiz competente sobre o acompanhamento do paciente judiciário nas diversas fases processuais;

VI - sugerir à autoridade judicial medidas processuais pertinentes, com base em subsídios advindos do acompanhamento clínico- social;

VII - prestar ao juiz competente as informações clínicosociais necessárias à garantia dos direitos do paciente judiciário.

Parágrafo único - Para o cumprimento das responsabilidades de que trata este artigo, serão realizadas diligências externas, sempre que necessário.

Art. 4º - Em caso de internação, mediante o laudo médico circunstanciado, deve ela ocorrer na rede de saúde municipal com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário.

Parágrafo único - Recomenda-se às autoridades responsáveis que evitem tanto quanto possível a internação em manicômio judiciário.

Art. 5º - O paciente judiciário há longo tempo internado em cumprimento de medida de segurança, ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será encaminhado para política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, conforme previsão no art. 5º da Lei 10.216, de 2001.

Art. 6º - O Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário.

§1º - Será realizado levantamento trimestral de dados estatísticos sobre as medidas de segurança impostas e executadas, de incumbência dos órgãos responsáveis pelos internamentos e tratamentos impostos.

§2º - O levantamento a que se refere o parágrafo anterior será realizado por equipe constituída pelo Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Conselho Nacional de Justiça.

Art. 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GÉDER LUIZ ROCHA GOMES – Presidente do CNPCP





Foto: Walter Firmo

ARTHUR BISPO DO ROSÁRIO

Nascido no início do século 20, em Sergipe, Bispo do Rosário mudou-se para o Rio onde foi internado aos 29 anos. Há poucas referências sobre a sua origem. Sabe-se que era de uma família de negros católicos. Ele se dizia filho de Deus, adotado pela Virgem Maria e “aparecido” no mundo. Sua inspiração apareceu depois que “sete anjos anunciaram que ele havia sido eleito pelo Todo Poderoso”, e que sua missão na terra “consistia em julgar os vivos e mortos e recriar o mundo para o Dia do Juízo Final”. Conduzido por “vozes sagradas”, fez cerca de 800 peças desfiando uniformes de manicômios, juntando lixo e sucata. Durante 50 anos de internação, a maior parte na Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá, zona oeste do Rio, compôs também *assemblages*, estandartes e sua cama- nave. O artista plástico Arthur Bispo do Rosário transpôs seus delírios, diagnosticados como esquizofrenia, com a criatividade.

SUMÁRIO DAS OBRAS DE ARTHUR BISPO DO ROSÁRIO:

p. 04 - *MANTO DE APRESENTAÇÃO* (frente) - tecido, metal, papel e linha, 219 x 130 cm
fonte: site Obvious Magazine - Anna Anjos (http://lounge.obviousmag.org/anna_anjos/)
foto: Rodrigo Lopes

p. 08 - *VELA ROXA* - madeira, metal, fôrmica, tecido e linha, 82 x 28 x 74 cm
fonte: site Espasso (<http://blog.espasso.com>)
foto: Rodrigo Lopes

p. 14 - *LUTAS* (1938/1982) - tecido, linha, plástico e metal, 83 x 122 X 5 cm
fonte: site Dasartes (<http://dasartes.com>)
foto: Rodrigo Lopes

p. 18 - *CAMA DE ROMEU E JULIETA* - madeira, tecido, metal, linha e espuma 125 x 220 X 80 cm
fonte: site Obvious Magazine - Anna Anjos (http://lounge.obviousmag.org/anna_anjos/)
foto: Rodrigo Lopes

p. 22 - *ABAJOUR* - madeira, plástico, tecido, metal, vidro, espelho, alumínio, borracha e papel, 194 x 74 X 30 cm
fonte: site PROA Fundación (<http://www.proa.org>)
foto: Rodrigo Lopes

p. 24 - *MURO NO FUNDO DA MINHA CASA* - madeira, concreto e vidro, 12 x 50 x 6 cm
fonte: site PROA Fundación (<http://www.proa.org>)
foto: autoria não informada

p. 30 - *ALVO 627, ORFA METAL* - Metal, tecido e linha, 15 x 12 cm
fonte: site The Design School (<http://www.thedesigntschool.co.uk>)
foto: Rodrigo Lopes



p. 32 - **CARROSSEL** - madeira, borracha, plástico, tecido, linha e metal, 58 x 54 cm

fonte: site Obvious Magazine - Anna Anjos (http://lounge.obviousmag.org/anna_anjos/)

foto: autoria não informada

p. 35 - **MANTO DE APRESENTAÇÃO** (parte interna) - tecido, metal, papel e linha, 219x130 cm

fonte: blog Girafa Branca (<http://girafabranca.com/>)

foto: autoria não informada



ÂNGELO DE LIMA

Nasceu em 1872 no Porto e morreu em 1921, com 49 anos. Frequentou o Colégio Militar e a Academia de Belas-Artes do Porto. Um pouco antes da revolução republicana de 31 de janeiro, para a qual conspirara, é enviado numa expedição militar a Moçambique. Após o regresso de África começa a manifestar sinais preocupantes de loucura, o que levará ao seu internamento no Rilhafoles. Passará depois parte da sua vida em vários estabelecimentos psiquiátricos. Em 1915 são publicados poemas seus na revista modernista Orpheu. E Fernando Pessoa refere-se-lhe como a um poeta que "não sendo nosso, todavia se tornou nosso". "Talvez sem o saber, Ângelo de Lima tornara-se pela sua violenta originalidade cúmplice do Modernismo.

(fonte: Fátima Maldonado)

SUMÁRIO DOS TRECHOS DE POEMAS DE ÂNGELO DE LIMA:

p. 7 - trecho do poema *Sonhos*, publicada na *Revista Orfeu*.

p. 13 - trecho do poema 10 da edição de *Poesias Completas* organizada por Fernando Guimarães, publicada pela Editora Inova s/d (1971).

p. 17 - trecho do poema *Eu ontem vi-te* da edição de *Poesias Completas* organizada por Fernando Guimarães, publicada pela Editora Inova s/d (1971).

