

MEDIDAS DE SEGURANÇA EM FACE DA LEI ANTIMANICOMIAL¹:
O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR – PAILI

1. Introdução; 2. Medidas de segurança: hipóteses; 3. Novo modelo assistencial em saúde mental: a Lei Antimanicomial; 4. Violação à Lei Antimanicomial: crime de tortura; 5. Histórico recente da questão em Goiás; 6. A experiência do PAILI.

HAROLDO CAETANO DA SILVA
PROMOTOR DE JUSTIÇA

1. INTRODUÇÃO

No dia 26 de outubro de 2006 deu-se no Estado de Goiás um verdadeiro salto de qualidade na execução das medidas de segurança impostas pela Justiça a pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos. A assinatura, naquele dia, do convênio de implementação do PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) registrou o marco inicial do resgate de uma séria e histórica dívida para com as pessoas submetidas à medida de segurança.

Para se chegar até o PAILI o caminho percorrido não foi curto nem suave. E para que seja compreendida essa experiência exitosa, convém aqui fazer algumas considerações preliminares. Primeiro, acerca desse instituto das *medidas de segurança*, pouco conhecido mesmo entre profissionais do Direito; depois, sobre a Lei Antimanicomial, que deu contornos humanizadores ao modelo de atenção à saúde mental. Impõe-se também tecer comentários no que diz respeito às conseqüências jurídico-penais derivadas da violação dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, particularmente sobre o tipo penal expressamente previsto na Lei de Tortura quanto ao tratamento ilegal da pessoa sujeita à medida de segurança. O relato da história recente do trato da questão no Estado de Goiás, embora sucinto, é de igual forma essencial para que se tenha um melhor entendimento do Programa.

¹ Texto básico extraído do livro *Execução Penal*, de Haroldo Caetano da Silva (Porto Alegre: Magister, 2006).

2. MEDIDAS DE SEGURANÇA: HIPÓTESES

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.

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.

Se o agente é inimputável por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado (art. 26, *caput*, CP) e pratica fato previsto como crime, afastada qualquer causa excludente da ilicitude, aplica-se-lhe a medida de segurança (art. 97, CP).

A medida de segurança também poderá ser aplicada para o agente que, semi-imputável (art. 26, parágrafo único, CP), necessitar de especial tratamento curativo, caso em que a pena privativa de liberdade será substituída pela internação ou tratamento ambulatorial (art. 98, CP).

Outra hipótese de aplicação da medida ocorre – também de forma substitutiva – quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental do condenado. É o que dispõe 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.

Em qualquer dos casos a execução atenderá ao disposto no art. 96 ss. do CP e no art. 171 ss. da LEP, respeitados também os princípios estabelecidos pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (*Lei Antimanicomial* ou *Lei da Reforma Psiquiátrica*), que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo nacional de assistência em saúde mental.

3. NOVO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: A LEI ANTIMANICOMIAL

A Lei nº 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.

Embora haja muita confusão quanto ao tema, a medida de segurança não tem a mesma natureza retributiva da sanção penal. Diferentemente da *pena* imposta ao indivíduo imputável, a internação e o tratamento ambulatorial aplicados ao agente inimputável visam exclusivamente à recuperação deste e não à expiação de castigo². Tal objetivo é agora reforçado pela Lei Antimanicomial que, dentre outras regras, estabelece:

LEI Nº 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.

Esse novo modelo assistencial em saúde mental alcança a hipótese de internação determinada pela Justiça, caso em que é chamada de *internação compulsória* pela Lei nº 10.216/2001 (art. 6º, parágrafo único, III). Logo, 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*

² “Já não mais estabelece o art. 96 do CP, com a redação da Lei 7.209/84, que a internação do inimputável seja obrigatoriamente realizada em manicômio judiciário. Foi esta humanizada em consonância com os próprios objetivos a que visa, no sentido de que a Justiça Penal há de procurar recuperar o inimputável, e não simplesmente aplicar-lhe um castigo” (STF – HC – Rel. Aldir Passarinho – RT 616/387).

extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (art. 4º, *caput*). Impõe-se agora a interpretação da regra do art. 97 do CP conjugadamente com o art. 4º, *caput*, da Lei nº 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 estritos limites definidos pela Lei Antimanicomial, 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 necessidade³.

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 portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (art. 4º, § 2º). É expressamente vedada a internação em instituições com características asilares e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º da mesma Lei⁴ (art. 4º, § 3º).

³ No Rio Grande do Sul, o Corregedor-Geral da Justiça, Des. Marcelo Bandeira Pereira, baixou o Ofício-Circular nº 114/03-CGJ com a seguinte orientação aos juízes gaúchos: “Oriente Vossa Excelência no sentido de que, mesmo nas hipóteses de internação compulsória de pessoas acometidas de transtorno mental previstas no inciso III do art. 6º da Lei Federal nº 10.216/01, seja observado o que estabelece o *caput* do artigo, segundo o qual ‘*a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos*’, salvo, excepcionalmente, naquelas situações em que a prévia elaboração de tal laudo se torne impossível ou inviável ou não se possa aguardá-la, sem grave risco para a pessoa a ser internada” (*Boletim Informativo Mensal* – agosto/2003, n. 314, p. 15. Disponível em: <http://www.tj.rs.gov.br>. Acesso em: 30/01/2004).

⁴ Lei nº 10.216/2001: Art. 2º, 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

4. VIOLAÇÃO À LEI ANTIMANICOMIAL: CRIME DE TORTURA

LEI Nº 9.455/97:

Art. 1º Constitui crime de tortura:

I - constranger alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental:

- a) com o fim de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa;
- b) para provocar ação ou omissão de natureza criminosa;
- c) em razão de discriminação racial ou religiosa;

II - submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

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;
- II - se o crime é cometido contra criança, gestante, deficiente e adolescente;
- III - se o crime é cometido mediante seqüestro.

Diante da Lei nº 10.216/2001, sequer se cogita do recolhimento da pessoa portadora de 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 Antimanicomial,

pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

especialmente o seu art. 4º, § 3º, constitui ainda *crime de tortura*, na modalidade prevista no art. 1º, § 1º, da Lei nº 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).

Nesse novo contexto, sobressai a responsabilidade da autoridade penitenciária, do juiz e do órgão do Ministério Público, pessoas que devem fazer valer as disposições afetas à Lei nº 10.216/2001, zelando pelo efetivo respeito aos direitos e à dignidade da pessoa portadora de transtornos mentais submetida à medida de segurança, sob pena de, não o fazendo, responder criminalmente pela conduta, mesmo que omissiva.

5. HISTÓRICO RECENTE DA QUESTÃO EM GOIÁS

Em Goiás, desde o final da década de 1990 a execução das medidas de segurança já vinha sendo discutida com profundidade no âmbito da Vara da Execução Penal da Capital. Por iniciativa do Ministério Público, instaurou-se inquérito civil público onde foi feito um completo levantamento dos casos de pessoas submetidas à medida de segurança que se encontravam recolhidas no CEPAIGO (nome da penitenciária local àquele tempo).

Como há tempos não havia qualquer política pública estabelecida para o atendimento daquelas pessoas, foram identificados quase trinta casos de homens com transtornos psiquiátricos severos e que estavam presos na penitenciária há vários anos. Havia um que ali se encontrava há pelo menos 22 anos, outros há 17, 14 ou 10 anos. Homens esquecidos e abandonados à própria sorte, submetidos a todo tipo de abusos na prisão, quadro de horror cujo relato talvez não se mostre necessário no curto espaço deste artigo.

Daquele inquérito civil público originou-se um incidente típico da Lei de Execução Penal, chamado *Excesso de Execução* (previsto no art. 185 da LEP), procedimento que, depois de um embate jurídico junto à Vara da Execução Penal e posteriormente em sede de agravo do Ministério Público interposto perante o Tribunal de Justiça, culminou com duas decisões históricas: a primeira, proferida no juízo de primeiro grau (pela própria VEP), proibindo o ingresso de novos pacientes submetidos à medida de segurança na penitenciária; a segunda, obtida junto ao Tribunal de Justiça,

que determinou a soltura de todos aqueles pacientes psiquiátricos que se encontravam ilegalmente presos⁵.

Embora tenham significado um grande avanço, aquelas decisões não trouxeram uma efetiva solução para o problema da internação compulsória determinada judicialmente. Afinal, sentenças eram e continuam 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 dessas novas medidas aplicadas?

Nesse ínterim, adveio a Lei Antimanicomial.

6. A EXPERIÊNCIA DO PAILI

A partir dessa nova realidade normativa, abriu-se espaço então para um redesenho da execução das medidas de segurança, agora não mais regulada com exclusividade pela legislação penal.

Pressionado pela vedação judicial – e agora também expressamente por força da Lei Antimanicomial – de recolher seus pacientes psiquiátricos a prisões, bem como pelas iniciativas do Ministério Público e do trabalho incansável de entidades ligadas à saúde mental, 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.

A despeito da terminologia inadequada – afinal *louco infrator* não seria a melhor das expressões para identificar a pessoa do inimputável por doença mental – o PAILI surge inicialmente 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 fazer do

⁵ Embora no agravo interposto tenha o Ministério Público requerido não a simples soltura, mas a internação dos pacientes na rede de clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS, pedido que, entretanto, não foi acolhido pelo Tribunal, que preferiu conceder *habeas corpus* de ofício em favor dos pacientes.

Programa o órgão responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás. Para tanto se fez necessário o diálogo com diversas instituições, especialmente as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, o Tribunal de Justiça, a Procuradoria Geral de Justiça e a Secretaria de Saúde do Município de Goiânia.

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 em nossa memória – não mais tem espaço nesta época de proteção aos direitos fundamentais dos que padecem de transtornos psiquiátricos. Será o Sistema Único de Saúde (SUS) 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 de todos os partícipes chamados ao debate.

E o diálogo deu frutos. Assim se fez e o PAILI assumiu oficialmente no dia 26 de outubro de 2006 a função idealizada pelo Ministério Público⁶.

Com autonomia para ministrar o tratamento nesse modelo inovador, o médico e as equipes psicossociais das clínicas conveniadas ao SUS determinam e colocam em prática a melhor terapêutica, acompanhados de perto pelos profissionais do PAILI, cuja atuação deve ser marcada pela interlocução e integração com todo o sistema de saúde mental, especialmente os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas.

O processo de execução da medida de segurança continua jurisdicionalizado, mas não será o juiz quem determinará o tratamento a ser dispensado ao paciente, pois é o médico o profissional habilitado a estabelecer a necessidade desta ou daquela terapia. Aliás, é a Lei Antimanicomial que exige *laudo médico circunstanciado* como pressuposto elementar para a internação psiquiátrica em seu art. 6º. A proteção jurisdicional é garantia constitucional do cidadão na esfera da execução

⁶ Aquele que tiver interesse em conhecer os termos do convênio de implementação do PAILI pode solicitar cópia por e-mail: hcaetano@cultura.com.br ou 25promotoria@mp.go.gov.br.

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.

Também o Ministério Público permanece, nesse novo panorama, com sua atuação fiscalizadora, acompanhando o desenrolar do procedimento judicial e, fundamentalmente, o tratamento dispensado aos pacientes pelas clínicas psiquiátricas e o regular funcionamento do PAILI.

A conformação deferida ao Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, agora responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás, é inovadora. O PAILI coloca a pessoa submetida à medida de segurança no ambiente universal e democrático do Sistema Único de Saúde, sem distinção de outros pacientes, o que poderá favorecer sobremaneira a almejada inclusão à família e à sociedade.

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 já é uma realidade e tem tudo para ser uma experiência exitosa no resgate da dignidade e dos direitos humanos fundamentais dos pacientes submetidos à medida de segurança, e cujo modelo certamente será exportado para outros cantos do país e do mundo.

HAROLDO CAETANO DA SILVA

Promotor de Justiça com atuação junto à Vara da Execução Penal de Goiânia-GO.
Mestre em Ciências Penais pela UFG. Professor do Programa de Pós-Graduação da UFG.

Autor, dentre outros, do livro *Execução Penal* (Porto Alegre: Magister, 2006).

Contato: hcaetano@cultura.com.br / 25promotoria@mp.go.gov.br