

“MANICÔMIO JUDICIÁRIO... O PIOR DO PIOR ...”: alguns marcos do percurso de reconhecimento institucional da necessidade de compatibilização da execução das medidas de segurança com a Lei da Reforma Psiquiátrica¹

Nathália de Morais Coscrato²

Resumo

O presente artigo busca traçar, por meio da análise de progressivas medidas institucionais, como resoluções, recomendações, implantação de programas inovadores, o percurso de reconhecimento institucional do Estado brasileiro da necessidade de compatibilização da execução penal das medidas de segurança com as diretrizes Lei da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; medida de segurança; execução penal.

Abstract

This article seeks to trace, through the analysis of progressive institutional measures, such as resolutions, recommendations, implementation of innovative programs, the path towards institutional by the Brazilian State of the need to make the criminal enforcement of security measures compatible with the Psychiatric Reform Law.

Keywords: Psychiatric Reform; security measure; criminal enforcement.

¹ Artigo escrito com excertos da Dissertação de Mestrado intitulada “A aplicação de garantias penais às medidas de segurança no contexto da reforma psiquiátrica brasileira”, defendida em 2018 na Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo.

² Mestre em Direito pela Faculdade de Direito da USP e doutoranda em Direito pela mesma Instituição. Professora de Direito no curso de Direito da FacMais, unidade de Ituiutaba-MG e advogada. nathalia.coscrato@outlook.com

A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E O RECONHECIMENTO DA NECESSIDADE DE MUDANÇAS

A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01), promulgada em 2001, é um marco no processo da reforma psiquiátrica brasileira. Ela redireciona o modelo de assistência em saúde mental no Brasil, sendo uma referência na transição de um modelo de base hospitalocêntrica para um modelo de base comunitária.

Com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, começaram a surgir denúncias de sua incompatibilidade (e do que ela estipula como assistência em saúde mental) com a legislação penal, mormente com aquilo que no direito penal é concebido como tratamento a ser compulsoriamente dado aos infratores que “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (artigo 26 do Código Penal).

No caso desses(as) infratores, o Código Penal, apesar de isentá-los(as) da aplicação de uma pena, estabelece que o juízo determinará sua internação em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (atual nome dado à instituição que, na legislação anterior à reforma do Código Penal de 1984, era denominada de Manicômio Judiciário) e, caso o fato previsto como crime seja punível com detenção, o juízo poderá submetê-lo a tratamento ambulatorial (artigo 97 do Código Penal). Ambas as medidas, tanto a internação como o tratamento ambulatorial, terão, segundo a legislação penal, prazo indeterminado, “perdurando enquanto não averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade” (parágrafo 1º do artigo 97 do Código Penal).

Com a emergência e fortalecimento da reforma psiquiátrica várias críticas passaram a ser endereçadas à regulação jurídica destinada às pessoas com transtorno mental, incluindo críticas a alguns dos pressupostos basilares desta regulação no âmbito penal, como a inimputabilidade e a periculosidade. No âmbito propriamente da execução penal, passou a ser alvo de inúmeras denúncias a internação indeterminada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e suas contradições com o modelo de assistência em saúde mental defendido pela Reforma Psiquiátrica.

Aponta a psicanalista Fernanda Otoni de Barros-Brisset, em trabalho em que discorre sobre o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, que desde 1999 inicia-se na

agenda pública brasileira “um processo de discussão coletiva, problematizando os tratamentos político, jurídico e clínico-social do louco infrator” (2010, p.13), tendo tido um papel propulsor das discussões uma Campanha de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia sobre a violação dos direitos humanos ocorridas nos manicômios judiciários. Essa Campanha tinha como bandeira, aponta a psicanalista, o lema “ Manicômio Judiciário... o pior do pior ...” .

Em 2002, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Justiça - influenciados pelos avanços da reforma psiquiátrica brasileira, destacando-se dentre esses avanços a Lei 10.216/01-, realizou o Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Buscava-se, com o seminário, “a produção democrática de consensos técnicos acerca da medida de segurança, da assistência em saúde mental ao louco infrator e da integração dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico às diretrizes gerais da Reforma Psiquiátrica” (BRASIL, 2002, documento não paginado).

Conforme o Relatório Final do Seminário, as diretrizes aprovadas no Seminário iniciaram um novo momento da reforma psiquiátrica brasileira por ter sido estabelecido que “o Sistema Único de Saúde e a rede de atenção à saúde mental devem responsabilizar-se pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança” (BRASIL, 2002, documento não paginado).

O Seminário, aprovou, dentre outras propostas para reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: “Tornar a internação compulsória cada vez mais uma exceção - o tratamento deve ser feito na rede de serviços substitutivos”; “Fazer uma recomendação ao Ministério da Justiça para impedir a construção de novos Hospitais de Custódia ou ampliação dos já existentes” ; a proposta de “Que os princípios e propósitos da Reforma Psiquiátrica sejam os ordenadores de superação do modelo manicomial judiciário”; a proposta de que “onde existam manicômios judiciários, as condições de funcionamento devem estar ajustadas às diretrizes do SUS, direcionadas no sentido da humanização, da desospitalização e desinstitucionalização, evoluindo para o regime aberto, conforme a lei 10216” (BRASIL, 2002, documento não paginado).

Destaca-se, ainda, a aprovação, pelo Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, da proposta de “Sensibilização do judiciário a respeito da inconstitucionalidade da medida de segurança”. Segundo o Relatório Final do Seminário:

Nestas discussões, as noções de que a aplicação da medida de segurança fere os princípios constitucionais da reserva legal e da proporcionalidade da pena, apontaram

para a necessidade de formulação de novos paradigmas jurídicos, além de novos paradigmas assistenciais no cuidado ao louco infrator (BRASIL, 2002, documento não paginado).

Em 2004, tendo por uma de suas referências³ as propostas aprovadas pelo Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, órgão subordinado ao Ministério da Justiça, com a competência prevista na Lei de Execução Penal (LEP), dentre outras, de “propor diretrizes da política criminal quanto à prevenção do delito, administração da Justiça Criminal e execução das penas e das medidas de segurança” (artigo 64, inciso I da LEP), publicou a Resolução nº 05, com diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança. Conforme prevê o artigo 1º da Resolução, visava-se, pois, “adequar as Medidas de Segurança às disposições da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001”.

Dentre as diretrizes constantes na Resolução nº 05 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, e demonstrando a preocupação de que as medidas de segurança estejam em consonância com o novo modelo assistencial previsto na Lei da Reforma Psiquiátrica, estão as seguintes diretrizes:

1. O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar”.
12. A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica.
16. Os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, que apresentem quadro clínico e/ou neurológico grave, com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar, deverão ser objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (art.5º da Lei), beneficiados com bolsas de incentivo à desinternação e inseridos em serviços residenciais terapêuticos.

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, em julho de 2010, aprovou outra resolução (Resolução nº 4) com diretrizes sobre a execução das medidas de segurança. Nessa Resolução, o Conselho expressamente “recomenda a adoção da política antimanicomial

³ Conforme informação constante do próprio documento.

no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança” (artigo 1º da Resolução).

A Resolução de 2010, com um posicionamento mais assertivo do que a Resolução de 2004, previu que 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” (artigo 6º).

Uma das influências para a formulação da Resolução nº 4 de julho de 2010, conforme consta em seus próprios “considerandos” iniciais, fora o “amadurecimento de programas pioneiros no Brasil de atenção a pacientes judiciários adotando a política antimanicomial”. Esses programas, sobre os quais ainda discorreremos, demonstraram a possibilidade e exequibilidade da aplicação e execução das medidas de segurança em uma maior consonância com a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Também o Conselho Nacional de Justiça, órgão do Poder Judiciário criado pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004, premido pela necessidade de se uniformizarem os procedimentos relativos à execução das medidas de segurança, dispôs, em sua resolução nº 113, de abril de 2010, que “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001” (artigo 17 da Resolução).

O Conselho Nacional de Justiça, ainda, na Recomendação nº 35 de julho de 2011, trazendo entre seus “considerandos” iniciais uma referência à “experiência exitosa de programas pioneiros no Brasil de atenção a pacientes judiciários adotando a política antimanicomial”, reitera a orientação de que a execução das medidas de segurança seja realizada de acordo com a política antimanicomial.

A Recomendação apresenta, então, as diretrizes dessa política⁴, dentre elas: “criação de um núcleo interdisciplinar, para auxiliar o juiz nos casos que envolvam sofrimento mental”;

⁴A Recomendação nº 35 de 2011 do CNJ apresenta como diretrizes da política antimanicomial:

- a) mobilização dos diversos segmentos sociais, compartilhamentos de responsabilidades, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental e inundam 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

“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”; “manutenção permanente de contato com a rede pública de saúde, com vistas a motivar a elaboração de um projeto de integral atenção aos submetidos às medidas de segurança”.

Cumprido, todavia, apontar que, em que pese essas medidas institucionais e regulatórias ora citadas (Resoluções, Recomendações) acenarem para a superação do modelo manicomial e compatibilização da execução das medidas de segurança com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, mantêm-se, ainda, práticas manicomiais na execução penal brasileira. Nesse sentido, o Relatório publicado em 2018 pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade Pastoral Carcerária da Arquidiocese de São Paulo denominado “Hospitais-prisão: notas sobre os manicômios judiciais de São Paulo” constatou que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Professor André Teixeira Lima”, HCTP I, situado em Franco da Rocha, até 2016, contava com uma população de cerca de 500 pessoas internadas; o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II, também situado em Franco da Rocha possuía, até a data daquela pesquisa, 229 pessoas internadas e o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Dr. Arnaldo Amado Ferreira”, de Taubaté possuía 264 pessoas internadas.

Os pioneiros programas de atenção ao paciente judiciário: PAI-PJ e PAILI

Com práticas inovadoras e exemplares de tentativas de compatibilização da execução das medidas de segurança com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, foram criados os programas de atenção ao paciente judiciário, PAI-PJ e PAILI, respectivamente de Minas Gerais e de Goiás.

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) do Tribunal de Justiça do Estado Minas Gerais foi o primeiro programa criado no Brasil de atenção a pacientes

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 motivar a elaboração de um projeto de integral atenção aos submetidos às medidas de segurança;

i) realização de perícias por equipe interdisciplinar”.

judiciários⁵ visando à adequação da aplicação e execução da medida de segurança à política antimanicomial.

O PAI-PJ foi criado em 2001, por meio da Portaria Conjunta nº 25/2001, tendo sido estruturado a partir de uma experiência-piloto surgida em 1999 no âmbito do curso de Psicologia do Centro Universitário Newton Paiva, relata-nos Fernanda Otoni Barros-Brisset, coordenadora do programa (2010). A sua implementação se deu pela parceria do Tribunal de Justiça de Minas Gerais com a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Belo Horizonte. Conforme aponta Barros-Brisset:

O programa, em resumo, tem por função a oferta do acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo criminal. Ocorre de modo intersetorial, através da parceria do Judiciário com o Executivo e com a comunidade, de forma geral, promovendo o acesso à Rede Pública de Saúde e à Rede de Assistência Social, de acordo com as políticas públicas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental (2010, p.28).

Orientado pelos princípios da reforma psiquiátrica, o PAI-PJ auxilia a autoridade judicial “na individualização da aplicação e execução das medidas de segurança” (BARROS-BRISSET, 2010, p.28). O programa promove, pois, às pessoas portadoras de transtorno mental submetidas às medidas de segurança o “acesso ao tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial” (BARROS-BRISSET, 2010, p.28), o que se dá por meio do encaminhamento desses indivíduos para o tratamento no SUS.

Segundo a psicanalista Fernanda Otoni de Barros-Brisset, o programa conjuga a responsabilidade do indivíduo portador de transtorno mental e sua inserção social (2010, p.34), o que são duas demandas da reforma psiquiátrica. Quanto à questão da responsabilização, mister apontar que a psicanalista, ao menos em sua monografia “*Por uma política de atenção integral ao louco infrator*”, refere-se às medidas de segurança como uma sanção penal (2010, p.17).

O PAI-PJ é composto por uma equipe interdisciplinar composta de psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários em psicologia. Os psicólogos

⁵ Conforme aponta Fernanda Otoni Barros Brisset: “A designação do termo “paciente judiciário” refere-se ao modo como o portador de sofrimento mental que responde por algum processo criminal é comumente conhecido no campo da saúde mental, seja na condição de réu ou sentenciado. Presume-se que essa articulação entre os vocábulos paciente e judiciário ocorreu devido ao fato de que o tratamento em saúde mental dessas pessoas apresenta-se, invariavelmente, vinculado a algum tipo de determinação judicial. Num contexto mais amplo, fora deste contexto discursivo, esse indivíduo tem sido designado, de modo geral, como “louco infrator” (2010, p.13).

judiciais, aponta Barros-Brisset, “realizam o acompanhamento sistemático dos pacientes”, escutando-os, acolhendo-os e, ainda, encaminhando-os “aos pontos da rede da cidade de Belo Horizonte indicados para favorecer a ampliação dos recursos de tratamento, aos quais o sujeito poderá recorrer nos momentos de crise ou embaraço” (2010, p.29).

Os assistentes sociais judiciais, por sua vez, “realizam o estudo do caso e apresentam ao paciente judiciário os recursos para sua inserção social” (2010, p.29). Os assistentes jurídicos “estudam os autos, acompanham os andamentos processuais, informam ao paciente judiciário sobre sua situação processual, acompanhando-os durante as audiências, e formatam os ofícios que são encaminhados ao juiz com base nos pareceres interdisciplinares da equipe e da rede” (2010, p.29). E os estagiários em psicologia atuam como acompanhantes dos pacientes judiciários que passaram por grandes períodos de internação, auxiliando-os em atividades simples do dia a dia que possuem, todavia, dificuldade de realizar em decorrência do longo período de hospitalização (2010, p.29).

A equipe interdisciplinar do PAI-PJ, enfatiza Barros-Brisset, trabalha no sentido de “viabilizar a acessibilidade aos direitos fundamentais e sociais previstos na Constituição da República” (2010, p.28). Em 2010, tendo o programa já 10 anos de existência, o índice de reincidência dos casos era nulo (2010, p.7). O Programa vem, ainda, se destacando no cenário nacional e internacional⁶ como uma referência no tratamento do indivíduo portador de transtorno mental infrator.

Outro importante programa de compatibilização das medidas de segurança com as diretrizes da reforma psiquiátrica é Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), de Goiás, programa esse que teve inclusive como inspiração, para sua criação, a experiência mineira do PAI-PJ (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS, 2009).

O PAILI foi instituído em outubro de 2006 por meio de um convênio celebrado entre o Estado de Goiás, por intermédio das Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, o município de Goiânia, através da Secretaria Municipal da Saúde, o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás e o Ministério Público do Estado de Goiás. Conforme a cláusula segunda desse Convênio, o

⁶Aponta BARROS-BRISSET: O PAI-PJ também foi apresentado na França, em novembro de 2005, num evento que reuniu diversas instituições, profissionais e pesquisadores para uma reflexão que levou o nome: Une réflexion internationale sur la question de la responsabilité. Em fevereiro de 2006, o programa PAI-PJ foi tema de conferência apresentada na École des Hautes Études en Sciences Sociales – Paris, e ainda em maio desse mesmo ano, o programa foi apresentado na Grécia - Atenas, no Fórum Social Europeu, a convite do Conselho Federal de Psicologia do Brasil. O Programa retornou à discussão internacional, ao apresentar sua experiência juntamente com as experiências da Suíça, da Itália e da França, num colóquio sobre o tema *Dangerosité a déchiffrer: pour quels traitements?*, realizado em Paris, em novembro de 2008 (2010, p.39).

PAILI subordina-se administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde, o que seria uma inovação frente ao programa mineiro PAI-PJ uma vez que este é subordinado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

Também o PAILI, tal como o PAI-PJ, é composto por uma equipe interdisciplinar “formada por advogada, assistentes sociais, psicólogas, acompanhante terapêutico e auxiliar administrativo” (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS, 2009, p.20). Essa equipe, aponta o Ministério Público de Goiás, “supervisiona o tratamento conferido ao paciente nas clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, ao mesmo tempo, faz a mediação entre o paciente e o juiz” (2009, p.19).

Uma importante inovação trazida pelo programa de Goiás, em comparação com a experiência mineira, é a autonomia dos profissionais de saúde mental de ministrar o tratamento mais apropriado ao indivíduo portador de transtorno mental submetido à medida de segurança. Conforme despacho da Corregedoria Geral do Tribunal de Justiça de Goiás:

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 (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS, 2009, p.25).

Segundo o Ministério Público de Goiás, “o Programa contempla uma mudança de paradigma na execução das medidas de segurança, fazendo com que o assunto deixe de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança pública para ser acolhido de vez pelos serviços de saúde pública” (2009, p.7). Essa mudança de paradigma se daria, por sua vez, com “a participação da rede de clínicas psiquiátricas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e serviços substitutivos (CAPS)” (2009, p.7).

Relevante, ainda, apontar que, segundo a cartilha do Ministério Público de Goiás, um dos argumentos decisivos para a implantação do PAILI fora o argumento de que “se a medida de segurança não tem caráter punitivo – e de direito não tem – a sua feição terapêutica deve preponderar” (2009, p.11).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a Reforma Psiquiátrica brasileira e os novos entendimentos em saúde mental, alguns dos pressupostos do tratamento jurídico dado às pessoas com transtorno mental

passaram a ser objeto de severas críticas, como a sua incapacidade/inimputabilidade e periculosidade. No âmbito da execução penal, a internação compulsória por prazo indeterminado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico passa a ser questionada no tocante à sua incompatibilidade com os novos entendimentos em saúde mental consagrados pela Lei da Reforma Psiquiátrica, marco normativo na transição de um modelo de tratamento em saúde mental de base hospitalocêntrica para um modelo de base comunitária.

Progressivamente, o Estado brasileiro vem reconhecendo a necessidade urgente de compatibilização da medida de segurança de internação no Hospital de Custódia e Tratamento com a Lei da Reforma Psiquiátrica e sua política antimanicomial, o que pode ser constatado com o Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, feito em 2002 pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Justiça, com as Resoluções nº05 (de 2004) e nº 04 (de 2010) do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e com a resolução nº 113, de 2010, e Recomendação nº 35, de 2011, do Conselho Nacional de Justiça.

Em que pese o reconhecimento institucional da necessidade de compatibilização das medidas de segurança com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica tenha sido feito por órgãos de destacada importância para o Judiciário e para a execução penal, como o Conselho Nacional de Justiça e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, práticas manicomiais ainda estão presentes na execução das medidas de segurança no Brasil, o que sinaliza que a superação do modelo manicomial ainda é uma pauta em xeque.

No cenário nacional dois programas institucionais se destacam pela inovação na tentativa de compatibilização das medidas de segurança com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) do Tribunal de Justiça do Estado Minas Gerais e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), do Estado de Goiás. Ambos os programas são compostos por equipes interdisciplinares que atuam para promover o acesso ao tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. A clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: SCLIAR, Moacyr et al. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 45-65.

_____. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BARROS--BRISSET, Fernanda Otoni. A saúde mental na atenção ao louco infrator. In. CAMPOS, Florianita Braga; LANCETTI, Antonio (Org.). **Coleção Saúde Loucura n.9.** São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator.** Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Justiça. **Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico:** Relatório Final. Brasília, setembro de 2002.

CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. A punição do sofrimento psíquico no Brasil: reflexões sobre os impactos da reforma psiquiátrica no sistema de responsabilização penal. **Revista de Estudos Criminais**, Porto Alegre, v. 11, n. 48, jan./mar. 2013, p. 55-90.

CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Sofrimento e clausura no Brasil contemporâneo:** estudos críticos sobre fundamentos e alternativas às penas e medidas de segurança. Empório do Direito, 2017.

COSCRATO, Nathália de Moraes; CAMPOS, Roberto Augusto de Carvalho. **A aplicação de garantias penais às medidas de segurança no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.** Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria:** uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS. **Implementação da Reforma Psiquiátrica na execução das medidas de segurança.** 2009. Disponível em: <<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/cartilhadopailli.pdf>>. Acesso em: ago. de 2018.

PASTORAL CARCERÁRIA. **Hospitais-prisão:** notas sobre os manicômios judiciários de São Paulo. São Paulo: Arquidiocese de São Paulo, 2018.

SÁ, Alvino Augusto de; ALVES, Jamil Chaim; ZIMMARO, Rafael Barone. Medidas de Segurança: necessárias reflexões pós-advento da Lei de Reforma Psiquiátrica (lei 10.216/2001). **Boletim do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais-** 249, agosto de 2013.