

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE MESTRADO EM SEGURANÇA PÚBLICA, CIDADANIA E  
DIREITOS HUMANOS**

**ANAGALI MARCON BERTAZZO**

**DOENÇA MENTAL: ASPECTOS HISTÓRICOS, SOCIAIS E JURÍDICOS DOS  
DOENTES MENTAIS NO SISTEMA PRISIONAL DO ESTADO DO AMAZONAS**

**Manaus - AM  
2015**

**ANAGALI MARCON BERTAZZO**

**DOENÇA MENTAL: ASPECTOS HISTÓRICOS, SOCIAIS E JURÍDICOS DOS  
DOENTES MENTAIS NO SISTEMA PRISIONAL DO ESTADO DO AMAZONAS**

Projeto de dissertação apresentado ao curso de Mestrado em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos da Escola Superior de Ciências Sociais da Universidade do Estado do Amazonas, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em segurança pública.

Orientador: Prof. Antonio Gelson de Oliveira Nascimento

**Manaus - AM  
2015**

FOLHA DE APROVAÇÃO (VOU ANEXAR A QUE OS PROFESSORES  
ASSINARAM)

Dedico este trabalho aos meus pais, Domingos Bertazzo e Alda Marcon Bertazzo. Às minhas filhas, Analy Bertazzo Ramos e Janayna Bertazzo Ramos. Ao meu esposo, Raimundo Marco Tulio da Silva Ramos.

## **AGRADECIMENTOS**

AGRADECER. Palavra cujo significado não atende aos sentimentos que agora procuro definir no trato com àqueles que tiveram fundamental importância para que esta dissertação fosse ultimada.

Primeiramente e sempre agradeço a Deus, por sua infinita misericórdia por esta serva que, limitada por suas imperfeições humanas, procura servi-lo para ter a dignidade de ser chamada de Sua filha. Obrigada meu Pai amado;

Aos meus pais terrenos Domingos Bertazzo e Alda Marcon Bertazzo, que abaixo de Deus, sempre acreditaram que sua filha conseguiria superar os obstáculos que a vida lhe impunha, estimulando desde cedo a independência e insistindo na formação continuada;

As minhas amadas filhas Analy Bertazzo Ramos e Janayna Bertazzo Ramos, com as quais aprendi o que é amar incondicionalmente,

Ao marido Raimundo Marco Tulio pelo companheirismo, paciência e perseverança.

Ao amigo e orientador Antonio Gelson de Oliveira Nascimento e a sua abençoada família, por sua paciência, tolerância e amizade, sem o qual não teria alcançado a realização deste trabalho;

Aos meus queridos colegas de turma, pela nossa união, humildade, companheirismo e afinidade em todos os momentos.

A minha querida amiga Telma de Verçosa Roessing que, como meus pais, consegue acreditar em minha capacidade de superar obstáculos, obrigada amiga querida pelo reconhecimento.

Ao amigo Williams Santos Damasceno, Diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Penitenciário, cuja colaboração foi fundamental para a realização desta dissertação.

Aos professores do MPSP que contribuíram para a formação pretendida. Obrigada a todos os funcionários do Mestrado em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos, especialmente ao Secretario Jonas Melo, incansável e atento a colaborar quando necessário.

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Distribuição da quantidade de internos com diagnóstico de doença mental, segundo a idade e sexo, Sistema Prisional do Amazonas, 2015 .....72
- Gráfico 2 - Distribuição da quantidade de internos com diagnóstico de doença mental, segundo o sexo e o estado civil, Sistema Prisional do Amazonas, 2015 .72
- Gráfico 3 - Distribuição percentual (%) de internos com diagnóstico de doença mental, segundo o sexo e anos de estudo, Sistema Prisional do Amazonas, 2015 .....73
- Gráfico 4 - Distribuição percentual de internos com diagnóstico de doença mental, segundo o sexo e o tipo de doença, Sistema Prisional do Amazonas, 2015 .....74
- Gráfico 5 - Distribuição percentual de internos com diagnóstico de doença mental, segundo o sexo e o tipo de crime cometido, Sistema Prisional do Amazonas, 2015.....75

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

COMPAJ – Complexo Penitenciário Anísio Jobim

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

ESO – Escola Superior de Ciências Sociais

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INFOPEN – Sistema de Informações Penitenciárias

ONU – Organização das Nações Unidas

PAB – Piso de Atenção Básica

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

SEAP – Secretaria de Estado de Administração Penitenciária

SAI – Sistema de Informação Ambulatorial

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SSP – Secretaria de Estado da Segurança Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UP – Unidade Prisional

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo estudar os aspectos históricos, sociais e jurídicos dos doentes mentais na população prisional do Estado do Amazonas. Para tanto inicialmente foi realizada a evolução histórica da prisão e do encarceramento e a busca pela justificação do isolamento do doente mental. Foi analisado o sistema penitenciário do Estado do Amazonas e o reconhecimento de um direito do penitenciário fundado no sistema de execução da pena, este como o resultado híbrido de procedimentos judiciais e administrativos. Entre as atribuições de ambos os procedimentos, se encontra a necessidade de viabilizar o tratamento adequado aos presos que apresentam transtornos mentais, tanto no próprio sistema carcerário, quanto após o término do cumprimento da pena ou da medida de segurança, garantindo-se a aplicação das normas internacionais referentes ao reconhecimento dos direitos humanos. Para tanto se avaliou a população carcerária com identificação de doença mental, qual a incidência de casos, idade, sexo, número de procedimentos em andamento chegando-se ao perfil das pessoas presas e internas no sistema prisional.

**Palavras-chave:** Doença mental. Sistema prisional. Lei antimanicomial.

## **ABSTRACT**

This work aims to study the historical, social and legal aspects of the mentally ill prison population in the State of Amazonas. Initially was performed the storyline of detention and incarceration and a research for the substantiation of the isolation imposed to the mentally ill. The prison system of the State of Amazonas and the recognition of a penitentiary law based on the pen delivery system were analyzed, this one symbolizing a hybrid result of judicial and administrative procedures. Among the assignments of both procedures, enable proper treatment of prisoners with mental disorders is required, both within the prison system as after the end of serving the sentence or security measure, ensuring the implementation of International standards for the recognition of human rights. Therefore, the prison population identified with mental illness and aspects such as the incidence of cases, age, gender, number of procedures in progress were evaluated in order to reach the description of a profile of those prisoners and inpatients in the prison system.

Keywords: Mental Illness. Prison system. Anti-asylum law.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>15</b>
<b>2. A HISTÓRIA DOS PRESÍDIOS NO AMAZONAS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Antecedentes históricos da Capitania de São José do Rio Negro .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Da Província de escravos à cidade de exilados livres.....</b>	<b>18</b>
<b>2.3 O Direito Penitenciário.....</b>	<b>19</b>
2.3.1 Sistema Legal da Execução da Pena .....	24
2.3.2 Órgãos da Execução Penal .....	27
2.3.2.1 Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária .....	27
2.3.2.2 O Juízo Da Execução .....	28
2.3.2.3 Do Ministério Público .....	30
2.3.2.4 Do Conselho Penitenciário.....	30
2.3.2.5 Departamentos Penitenciários .....	32
2.3.2.6 Do Patronato.....	32
2.3.2.7 Do Conselho Da Comunidade .....	33
2.3.2.8 Da Defensoria Pública .....	33
<b>2.4 O Direito do Penitenciário .....</b>	<b>33</b>
<b>2.5 A organização do Sistema Prisional no Amazonas .....</b>	<b>37</b>
<b>2.6 Os hospitais de custódia, tratamento e ressocialização .....</b>	<b>38</b>
<b>3 DOS HOSPÍCIOS AOS MANICÔMIOS NO AMAZONAS .....</b>	<b>40</b>
<b>3.1 No tempo dos hospícios.....</b>	<b>40</b>
<b>3.2 Dos Manicômios aos tratamentos residenciais .....</b>	<b>41</b>
3.2.1 Do Surgimento Do Hospício e Manicômio .....	41
3.2.2 O Diferente.....	44
<b>3.3 Gestão pública de tratamento das doenças mentais.....</b>	<b>52</b>
3.3.1 No Sistema de Saúde .....	56
3.3.1.1 Redes de Atenção Psicossocial - RAPs.....	57
3.3.1.2 Centros de Assistência Psicossocial - CAPS.....	58
3.3.1.3 Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs .....	60
3.3.2 No Sistema Prisional.....	61
3.3.2.1 Sistema Prisional do Amazonas .....	63
3.3.2.2 Dos Internos do HCTP .....	65
<b>4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>67</b>

4.1 Fonte dos dados .....	67
4.2 Organização dos dados.....	68
4.3 Operacionalização e Métodos.....	69
<b>5 RESULTADOS PRELIMINARES .....</b>	<b>71</b>
5.1 Perfil dos Doentes Mentais Encarcerados.....	71
5.2 O perfil dos presos portadores de transtornos mentais nas unidades prisoinais de Manaus.....	71
5.3 Os doentes mentais e os crimes praticados .....	74
5.4 Alienados libertos pela ciência médica e aprisionados pela ciência jurídica .....	75
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Prisioneiros que apresentam transtornos mentais estão sujeitos a ficar confinados em presídios e cadeias brasileiras, sem atendimento adequado, por falhas na política de atendimento à saúde mental no sistema penitenciário. Por falta de investimento em estatísticas, hoje no Brasil não há informações precisas sobre o número de condenados à pena privativa de liberdade que sofrem de transtornos mentais e qual a forma de tratamento de saúde ministrada aos mesmos. Assim também se carece de informações a respeito dos presos com transtornos mentais recolhidos nas unidades prisionais à espera de julgamento.

No decorrer das atividades judicantes e principalmente como membro do Grupo de Monitoramento Carcerário, participei de oficinas de discussão acerca da implementação da Lei Antimanicomial aos presos e internos do sistema prisional, assim como de mutirões carcerários, onde foram enfrentadas dificuldades tanto para análise de benefícios tanto para os presos das unidades prisionais comuns, quanto aos internos do HCTP.

A doença mental como um mal em si não escolhe seus desafortunados, inflige indistintamente suas manifestações de forma ampla e geral, sem distinção de classe, idade, cor, ou classe social (FOUCAULT, 2012). Ao inverso da via democrática do aparecimento da doença, não é dada a mesma atenção ao processo de cura ou tratamento.

Nem todos os portadores de transtornos mentais mantém no meio social comportamento adequado as relações interpessoais. Os doentes mentais também infringem as normas legais tipificadoras de condutas criminosas, podem matar, roubar, furtar ou delinquir nas mais diversas formas.

Para analisar o perfil dos portadores de doença mental recolhidos no sistema prisional, faz-se necessário percorrer nos momentos históricos, os registros existentes a respeito do tratamento dispensado aos seus portadores, independentemente da possibilidade de praticarem atos criminosos ou não.

Levar à compreensão do sistema de justiça criminal a possibilidade de liberação de um interno ou doente mental condenado, considerada a sua situação de vulnerabilidade, é tarefa das mais árduas, considerando o conservadorismo ainda prevalente nas decisões que determinam o encarceramento.

Para desenvolver o estudo, necessário avaliar o início do encarceramento como meio de controle social e a evolução do sistema de internação dos loucos, este estudo pesquisado nos textos de Michel Foucault e Erving Goffman, procurando estabelecer um diálogo com os textos referenciados como marco de reconhecimentos aos direitos humanos.

Correlacionando o início do isolamento do doente associado aos primórdios do encarceramento, se pretende verificar se até a presente data ainda se confundem e se misturam nos presídios criminosos mentalmente sãos com aqueles que sofrem de transtorno mental, quais os tratamentos direcionados ao homem doente que possibilite a sua cura ou permita, ao menos, que possa participar da sociedade, na medida limitativa do seu conhecimento e da sua saúde mental.

A Lei 10.216/2001, também denominada Lei Antimanicomial foi fruto do envolvimento de vários setores da sociedade, fundamentados nos direitos humanos e nas garantias de cidadania previstas na Constituição Federal, para que o tratamento dispensado aos doentes mentais pudesse ser humanizado e inclusivo, como retorno do paciente ao meio familiar. A intenção primordial era a desinstitucionalização do doente com a extinção dos manicômios e hospitais psiquiátricos.

A implementação das diretrizes legais seriam objeto de normativas oriundas do Ministério da Saúde, para que se efetivassem os direitos e garantias para o êxito do plano. Desde o ano de 2003, foi editada a Portaria Interministerial nº 1773/2003 (em vigor até a implementação da Portaria Interministerial nº 01/2015), estendendo a aplicação da Lei aos internos e egressos dos hospitais de custódia e dos antigos Manicômios judiciários.

A Lei 10.216/2001, denominada Lei Antimanicomial estabelece a forma de tratamento a ser aplicada aos portadores de transtorno mental, independentemente de ter praticado um ato criminoso ou não, e veio com o intuito de acompanhar o tratamento humanizado, já defendido por Basaglia na Itália, quando inspirou a criação da Lei 180/1973 (ARBEX, 2013, p. 206). A internação deixaria de ser a forma compulsória e vitalícia de tratamento, com o isolamento do doente, até porque a maioria dos abandonados nos manicômios ali permaneciam por durante toda a vida, sendo lhes retirado qualquer resquício de humanidade.

Antes do advento da Lei as internações eram frequentes, para a população de uma forma geral se dando nos hospitais psiquiátricos, nosocômios e manicômios, algumas vezes como forma interventiva esporádica e outras como internamento

prolongado como meio de solução eficaz para o isolamento do doente e do problema social (tratando-se daqueles abandonados à própria sorte que vivem nas ruas) ou familiar (para a retirada do elemento do seio da família).

Além do tratamento humanizado, combate o estigma que a doença mental impõe aos seus portadores, na medida que traz à sociedade a discussão acerca do malefício que o internamento produz. Por certo essa discussão alcança intensamente o diálogo com outros campos da ciência e encontra eco na ampliação da garantia dos Direitos Humanos às pessoas portadoras desses distúrbios. São pessoas que como qualquer cidadão, merecem do Estado a atenção integral à saúde, ao bem estar, a dignidade de forma ampla, geral e irrestrita.

Tais anseios encontram óbice na implementação da Lei, pois ainda não foram criados centros de atendimento psiquiátricos suficientes para atender a demanda da população de doentes mentais que não cometem crimes. Na cidade de Manaus temos apenas quatro CAPS e um centro de referência em saúde mental (para as internações necessárias) localizado na Estrada Manaus-Itacoatiara.

A legislação penal prevê a aplicação da medida de segurança, àqueles que tiveram a comprovação da doença mental durante o processo legal, absolvendo-se o réu e sendo determinada a sua internação por 03 (três) anos, quando o crime é apenado com reclusão, possibilitando ao Juiz renovar a medida caso o período não seja mostre suficiente para a cura do internado. Poderá ainda, caso o crime praticado ensejar pena de detenção, ser aplicada a medida de segurança referente ao tratamento ambulatorial pelo prazo mínimo de 01 (um) ano até 03 (três) anos.

O tratamento deveria ser feito nos hospitais de custódia e tratamento penitenciário ou manicômios judiciários. Em qualquer uma das situações expostas, a medida de segurança para o tratamento poderá ser por tempo indeterminado, se não cessada a periculosidade do portador de doença mental. Periculosidade inicialmente estabelecida por critérios penais (pena de reclusão ou detenção), posteriormente identificada através de exames periciais realizados por profissionais da área de saúde.

Ocorre que muitas vezes o doente mental infrator nem sempre é identificado. Tanto por assistência jurídica inadequada em razão da falta de qualquer contato prévio com seu defensor, quanto pela falta de acompanhamento médico ambulatorial dentro do sistema carcerário. Nas vezes em que são reconhecidos como doentes, é por esforço dos familiares que buscam apoio junto as defensorias públicas e assistência jurídica das unidades prisionais.

O que se tem observado é que detentos com dependência química e transtornos mentais estão confinados em presídios e cadeias brasileiras, sem tratamento e acompanhamento médico regular, por falhas na política de atendimento à saúde mental no sistema penitenciário. Por falta de investimento em estatísticas, hoje, no Brasil, não há informações precisas sobre o número de condenados à pena privativa de liberdade, que sofrem de transtornos mentais.

Nos relatórios da coordenação de saúde mental no sistema prisional do Amazonas que foram encaminhados ao Grupo de Monitoramento Carcerário foi constatado que há presos provisórios com indicação de transtorno mental, sem a informação que tenham sido instaurados incidentes de sanidade mental durante o curso da ação penal. Verifica-se ainda que a quantia de vagas existentes em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico é insuficiente para atender a demanda daqueles aos quais são aplicadas as medidas de segurança.

No Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, deveriam estar internados somente aqueles que tiveram sua doença mental reconhecida, através do devido processo legal, sendo aplicada medida de segurança. O incidente de sanidade mental instaurado durante o transcurso da ação penal é a forma adequada para apurar se o réu era portador da doença mental ao cometer o crime, total ou parcialmente; o exame é feito por perito, após partes apresentarem quesitação, é emitido um laudo pericial constatando ou não a doença mental, ou ainda o grau de entendimento do louco no momento do cometimento do crime.

Presos provisórios ainda não julgados são internados nos HCTPs, bem como presos condenados que porventura tenham demonstrado periculosidade durante o cumprimento da pena, em razão de alguma manifestação de violência. Tal se dá em razão de não ter instalações ambulatoriais adequadas nas unidades prisionais onde se encontram recolhidos, para o tratamento das manifestações da loucura ou, ainda, para a preservação da vida e saúde dos condenados, os quais e razão dos surtos psicóticos, podem vir a vitimar ou ser vitimizados pelos demais presos.

Há no âmbito estadual uma comissão em gestão de saúde prisional, e dentro de sua competência, identifica os internos de todo o sistema prisional, entre eles as unidades de cumprimento de pena de reclusão nos regimes fechado, semiaberto (COMPLEXO PENITENCIÁRIO ANÍSIO JOBIM - MASCULINO E FEMININO, HCTP), casa do albergado, unidades de recolhimento de presos provisórios (IPAT, CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA, UNIDADE PRISIONAL DO PURAQUEQUARA,

CADEIA PÚBLICA RAIMUNDO VIDAL PESSOA), relacionando aqueles que se encontram recolhidos nas unidades prisionais da capital, com diagnóstico de doença ou transtorno mental com identificação pelo CID.

O direito à saúde e aos seus meios de prevenção e tratamento é mandamento constitucional que garante o alcance ao princípio elementar dos direitos humanos referente a vida. A Constituição Federal estabelece em seu artigo 1º, inciso III a dignidade humana como princípio fundamental.

Nesta pesquisa se buscará identificar os presos e internos com identificação de doença mental, através do diagnóstico relacionado ao CID-10, sua escolaridade, crimes praticados, Será importante definir durante a pesquisa, qual o transtorno que apresentam, as intercorrências penais, sexo, anos de estudo.

### **1.1 Objetivo Geral**

Estudar os aspectos históricos, sociais e jurídicos dos doentes mentais do Sistema Prisional do Estado do Amazonas.

### **1.2 Objetivos Específicos**

Realizar estudo com base em levantamento bibliográfico contemplando os aspectos históricos do Sistema Prisional do Estado do Amazonas;

Fazer o levantamento dos presos com diagnóstico de transtorno mental que se encontram recolhidos nas unidades do sistema prisional de Manaus;

Analisar o diagnóstico de doença mental com base na Classificação Internacional de Doenças – CID;

Identificar o perfil dos presos com diagnóstico de doença mental, segundo o sexo, a idade, tipo de delito, local de ocorrência do crime e local de residência do criminoso.

## **2. A HISTÓRIA DOS PRESÍDIOS NO AMAZONAS**

A história dos presídios no Estado do Amazonas retrata o ponto de partida da preocupação com a administração de uma cidade em que a prosperidade vai, aos poucos, convivendo com a desordem que tem origens na própria desorganização social, resultante do processo de construção e fortalecimento da cidade de Manaus como principal centro comercial e econômico da Região Norte do Brasil.

### **2.1 Antecedentes históricos da Capitania de São José do Rio Negro**

A corte portuguesa no intuito de melhor administrar a Colônia dividiu-a inicialmente em capitanias hereditárias. Não funcionando a contento, Dom Sebastião reorganizou a administração com a criação de dois governos gerais: o Governo do Norte, com capital em Salvador, encarregado de administrar a região que vai da capitania da Baía de Todos os Santos à Capitania do Maranhão e o Governo do Sul, com sede no Rio de Janeiro responsável pelos territórios da capitania de Ilhéus para o Sul.

No contexto da Dinastia Filipina, em 13 de junho de 1621 o território da América Portuguesa foi dividido em duas unidades administrativas autônomas, quais sejam o Estado do Maranhão, ao norte, com capital em São Luís, abrangendo a capitania do Pará, a capitania do Maranhão e a capitania do Ceará e o Estado do Brasil, ao sul, cuja capital era Salvador, alcançando as demais capitanias.

Em 31 de janeiro de 1751, o Estado do Maranhão passou a denominar-se Estado do Grão-Pará e Maranhão, tendo a sua capital sido transferida da cidade de São Luís para a de Belém. O seu território compreendia as regiões dos atuais estados do Amazonas, Roraima, Amapá, seguindo para o interior até as divisas com Peru, Colômbia, Venezuela, além das Guianas e Suriname.

A vastidão do território e a escassez de recursos humanos vindos de Portugal foi determinante para que as duas unidades administrativas fossem divididas em outras.

A Capitania de São José do Rio Negro foi criada em 1755, com capital na aldeia de Mariuá, elevada a vila de Barcelos no ano de 1758. Entre os anos de 1792 a 1799 a capital esteve informalmente no Lugar da Barra, a atual Manaus, onde viria a se instalar oficialmente em 1804. O Estado do Grão-Pará e Maranhão passou a

compreender, assim, quatro capitanias: a de São José do Rio Negro, a do Grão-Pará, a do Maranhão e a do Piauí.

A Coroa Portuguesa divide o Estado do Grão Pará e Maranhão em duas unidades administrativas, a do Grão Pará e Rio Negro, com sede em Belém do Pará, e a do Maranhão e Piauí, com sede em São Luís. Com a independência do Reino do Brasil em 7 de setembro de 1822, os Estados voltaram a categoria de províncias, agora não mais do Reino, mas do Império do Brasil.

A província do Grão Pará foi incorporada ao Império do Brasil em 15 de agosto de 1823 e na data de 5 de setembro de 1850, a antiga Capitania de São José do Rio Negro, foi elevada à categoria de Província do Amazonas. Com a proclamação da república a 15 de novembro de 1889, as províncias passaram a denominar-se Estados.

Durante todo o Brasil Colonial as províncias obedeciam a organização jurídica administrativa da Corte, quando do descobrimento do Brasil, as leis vigentes eram as Ordenações Manuelinas editadas pela primeira vez em 1514 e recebendo sua versão final em 1521, ano da morte do rei D. Manuel I. Tratava-se de uma compilação das leis extravagantes promulgadas até então com as Ordenações Afonsinas, visando a um melhor entendimento das normas vigentes. Estas ordenações não influenciaram sobremaneira as relações da capitania de São José do Rio Negro, já que a ocupação desta área passou a preocupar a Coroa Portuguesa a partir do ano de 1621 com a divisão do território da América Portuguesa em dois estados.

Neste período histórico já vigiam as Ordenações Filipinas, promulgadas em 1603, durante o reinado de Felipe II (1598 a 1621), estas eram a reunião das Ordenações Manuelinas com as leis extravagantes em vigência, o período em questão foi conhecido como União Ibérica, quando Portugal foi submetido ao domínio da Espanha (1580 a 1640), nesta época foram concebidas as últimas leis que o reino lusitano teve até ver o fim na monarquia.

As Ordenações Filipinas pouco regulavam acerca das instalações das unidades de recolhimento dos presos, sendo estes mantidos nas mesmas cadeias da época do descobrimento, locais improvisados geralmente atrelados as unidades militarizadas, tal situação permitia o sistema colonialista de controle social, imposto através da disciplina do terror, a qual era mantida pelos carcereiros.

No Lugar da Barra, atualmente Manaus, a prisão era o Forte de São José do Rio Negro, posteriormente no ano de 1791, iniciou-se a construção do Palácio dos

Governadores, feito de pedra e barro, coberto de telha, um hospital, um quartel e a primeira cadeia, todos na atual Praça Dom Pedro II, na época Praça do Quartel ou Praça do Pelourinho (FERREIRA e VALOIS, 2006).

A orientação para a construção da cadeia era parte do projeto administrativo de colonização, estabelecido pelo regimento do Diretório, datado de 03.05.1557, o qual foi aprovado pelo alvará de 17.08.1758, quando se estabeleceram normas para a política indigenista pombalina, retirando-se o poder temporal dos jesuítas sobre as missões (GARCIA, Etelvina, apud FERREIRA e VALOIS, 2006).

## **2.2 Da Província de escravos à cidade de exilados livres**

O Lugar da Barra em 1786, possuía uma população de trezentos e um moradores, quarenta e sete brancos e duzentos e quarenta e três índios, além de onze escravos negros, distribuídos em quarenta casas, maioria de chão batido e cobertas de palha (FERREIRA e VALOIS, 2006). A pobreza imperava em razão da economia incipiente, o que não permitia um número maior de escravos negros.

As principais ocorrências ensejadoras de prisão eram a embriaguez, a vadiagem, a mendicância, as alterações provocadas por desterrados e soldados colonizadores rebeldes, mas também há relatos pormenorizados por (MONTEIRO, apud FERREIRA e VALOIS, 2006), ocorridos na Vila de Serpa, atual Itacoatiara, tais como mortes, fugidas de presos, bofetada, açoutes em mulheres, etc.

Theodoreto Carlos de Faria Souto, Presidente da Província do Amazonas em 10 de julho de 1884, declarou a libertação dos escravos, quatro anos antes da assinatura da Lei Àurea pela Princesa Izabel; cabendo-lhe a decisão histórica de proclamar a igualdade de direitos de todos os cidadãos do Amazonas, depois de quase dezesseis anos de memorável campanha que envolveu toda a sociedade amazonense em torno dos ideais de liberdade.

Os libertos passaram a aumentar o número de pessoas nas ruas, vivendo de pequenos bicos e poucos trabalhos. Engrossaram também a classe dos desvalidos, situação que os coloca em estado de vulnerabilidade perante a maior parte da população, vindo a fazer parte dos usuários das cadeias públicas, acusados de vadiagem e embriaguez.

### 2.3 O Direito Penitenciário

O direito penitenciário como conceito não tem sido objeto de estudo, mas sua evolução passa a coexistir com as condenações cuja pena é a prisão. Assim pode se dizer que o direito penitenciário surgiu com o desenvolvimento da instituição prisional (MIRABETE, 2014), mas com a evolução histórica da prisão, além do cumprimento efetivo da pena, necessário estabelecer meios para o retorno do condenado ao meio social.

Para acompanhar a via percorrida até o momento, necessário buscar historicamente os caminhos percorridos pela modificação das penas corporais (morte, lesões, amputações) pelas penas privativas de liberdade, a forma do seu cumprimento, quais as funções específicas do Estado no acompanhamento do condenado, desde a condenação até seu retorno definitivo a sociedade.

Durante o período colonial as Ordenações Filipinas regiam as relações sociais, mas não determinavam especificamente as formas das instalações correicionais, nem tampouco faziam referência a forma individualizada de cumprimento das penas de prisão. Determinadas por Felipe I de Portugal, durante o período da unificação dos reinos de Portugal e Espanha, as ordenações se tratavam da revisão dos textos legais então vigentes, as Ordenações Manuelinas, a Compilação de Duarte Nunes Leão (ano de 1569- coletânea oficial de leis extravagantes) e a legislação editada posteriormente, “*ocorreu uma mera atualização dos instrumentos citados, com o reforço do poder central.*” (BIANCHINI et al, 2009, p. 144).

O Livro V das Ordenações Filipinas, que vigoraram durante o maior período de colonização do Brasil, continha o conjunto dos dispositivos legais que definiam os crimes e a punição dos criminosos. Durante este período a pena por excelência era a pena de morte, geralmente cominada para a maior parte dos delitos, cuja execução se dava por três formas: morte cruel – quando a vida era retirada por intermédio de suplícios; morte atroz – após a morte, poderia haver a queima do cadáver, o esquartejamento ou outra prática agravante; morte simples, aplicada através da degolação ou enforcamento (FERREIRA E VALOIS, 2006). A pena de morte civil também tinha previsão legal.

Como exemplo da aplicação da pena de morte no Brasil Colonial, o caso a considerar é o do Alferes Joaquim Jose da Silva Xavier, o Tiradentes, “cuja pena aplicada foi a pena de morte atroz, onde após o enforcamento, teve a cabeça cortada

e pregada em um poste e o seu corpo esquartejado em quatro quartos”. (FERREIRA E VALOIS, 2006, p. 20). Relatam os registros históricos que no ano de 1764, no Estado do Grão Pará, o Padre Gabriel Malagrida foi acusado por heresia e condenado a morte pela fogueira como imposição da condenação imposta pelo Tribunal do Santo Ofício da Inquisição. Embora aplicada pelo poder eclesiástico, sua execução cabia ao poder laico (FERREIRA E VALOIS, 2006).

As penas corporais não se restringiam as penas de morte, mas também foram determinadas outras que consistiam de conteúdo infamante (penas vis), tais como as de açoite, corte de membro (pena corporal), galés ou trabalhos públicos, o baraço e o pregão (BIANCHINI et al, 2009). Aqui vale mencionar como de suma importância ao interesse colonialista da época, a aplicação da pena de degredo. Sua aplicação ocorria de acordo com o maior ou menor interesse e necessidade da coroa, servindo as prisões portuguesas de “verdadeiro manancial de matéria-prima para a colonização” (FERREIRA e VALOIS, 2006, p. 30,31).

Não vigoravam os princípios da individualização, da proporcionalidade, da legalidade, assim considerados em razão da inexistência de clareza nos textos legais, permanecendo em alguns casos inclusive as penas arbitrárias, cuja aplicação ficava ao critério do julgador, que devia se orientar pela gravidade do caso e pela qualidade da pessoa, bem ainda pela necessidade de esvaziar-se as cadeias da corte ou de que as áreas colonizadas carecessem de material humano para sua ocupação.

As leis tinham destinatários distintos de acordo com a classe social que ocupavam. Assim pelo mesmo crime praticado, os peões ou classe inferior teriam uma pena enquanto os cavaleiros, fidalgos, desembargadores, etc, tinham especial tratamento punitivo. Como exemplo o disposto no título II das Ordenações, ao definir as penas daqueles que blasfemassem de Deus ou dos santos, onde estabeleciam que (COSTA, Célio Juvenal et al, 2011, apud, BIANCHINI, 2009, p. 145):

Qualquer que arrenegar, descrer, ou pezar de Deos, ou de sua Santa Fé, ou disses outras blasfemias, pola primeira vez, sendo Fidalgo, pague vinte cruzados, e seja degredado hum anno para a Africa.  
E sendo Cavalleiro, ou Scudeiro, pague quatro mil reis, e seja degradado hum anno para Africa.  
E se fôr peão, dem-lhe trinta açoutes ao pé do Pelourinho com baraço e pregão, e pague dous mil reis.  
E póla segunda vez, todos os sobreditos incorram nas mesmas penas em dobro.

E póla terceira vez, além da pena pecuniaria, sejam degradados trez annos para Africa, e se fôr peão, para as Galés. (ORDENAÇÕES FILIPINAS, liv. 5.º, tit. II).

As Ordenações Filipinas, no intuito de evitar o caos na sociedade e preservar a ordem vigente, emanada pelo poder real e atemporal, caracterizado pela ofensa aos poderes eclesiásticos, apresentava uma série de punições que variavam de leis para casos de resistência aos oficiais de justiça e desacato a juízes ou demais oficiais, até a morte para o escravo que tirasse arma para o seu senhor. As penas serviam para punir publicamente com o intuito de castigar o criminoso e intimidar os demais indivíduos, caracterizando-se assim como uma forma de repressão e intimidação, predominando quanto a pena “*a prevenção geral negativa (intimidação), a execução exemplar das penas corporais*” (BIANCHINI et al, 2009, p. 146).

Nosso colonizador não estabeleceu um sistema penal específico para suas colônias, as Ordenações continham regras para a vida na Corte, sendo aplicadas subsidiariamente e não havendo um regulamento próprio, aliado a ausência da fiscalização do Estado, o despótico ato de mandar prender tornou-se hábito, independente da natureza da ordem contrariada, civil ou penal, o destino era idêntico, o calabouço (FERREIRA e VALOIS, 2006).

Importante mencionar que o ouvidor e intendente geral de Barcelos, no ano de 1761, elaborou missiva ao Secretário de Estado da Marinha e Ultramar, Francisco Xavier de Mendonça Furtado, recomendando várias providências para o povoamento, entre elas a abolição da pena de morte (FERREIRA e VALOIS, 2006).

Na mesma época, na Europa, o movimento Iluminista se expandia, com a tomada de consciência no que diz respeito ao reconhecimento do homem, como sujeito de direitos em relação ao Estado. Um dos principais expoentes deste movimento foi Montesquieu (BECCHARIA, 1997), que com suas ideias inspirou o surgimento da obra *Dos Delitos e das Penas*, do Marquês Cesare Beccaria, a qual critica a então prática comum do encarceramento, fundamentado em penas iguais para delitos diferentes, fazendo uma reflexão acerca da origem dos delitos e da necessidade da aplicação da pena. Vitimado pela sua prisão, vivenciou pessoalmente os rigores e horrores do encarceramento, produzindo uma reflexão acerca da aplicação das penas, “Se pena igual for cominada a dois delitos que desigualmente ofendem a sociedade, os homens não encontrarão nenhum obstáculo mais forte para cometer o delito maior, se disso resultar maior vantagem” (BECCHARIA, 1997, p. 39).

Os ideais iluministas alcançaram a Colônia, com a publicação de uma Lei em Portugal, de 5 de março de 1790, reconhecendo que a tortura caía em desuso; pelo Decreto de 12 de dezembro de 1801, foi determinado que a pena de morte somente seria aplicada aos crimes mais atrozes (BIANCHINI, 2009). A vinda da família real portuguesa para o Brasil em 1808, não trouxe alterações na legislação penal em vigor. Dom Pedro I, então Príncipe Regente, pelo Decreto de 23.05.1821 legislou sobre a prisão de criminosos.

A Constituição de 1824, Carta Magna outorgada em 25 de março por Dom Pedro I, já sob as luzes do liberalismo, acolhe no seu artigo 179, princípios e regras direcionadas a matéria penal. O parágrafo 18 do citado artigo determinava que se organizasse e elaborasse um código civil e criminal, estabelecidos nas bases da justiça e equidade. No ano de 1827, foram apresentados dois projetos de código criminal, o primeiro por Bernardo Pereira de Vasconcelos (04.05.1827) e o segundo por José Clemente Pereira (16.05.1827).

O vencedor foi o projeto do Deputado Bernardo Pereira de Vasconcelos, por ser “mais amplo no desenvolvimento das máximas jurídicas, razoáveis e equitativas (BIANCHINI, 2009, p. 149). Esclarecendo o novo texto, Prado (2014), argumenta que sua gênese fundou-se nas ideias de Bentham, Beccaria e Mello Freire, no Código Penal francês de 1810, no Código da Baviera de 1813, no Código Napolitano de 1819 e, especialmente, no Código da Louisiana de 1825, não se filiando, todavia, estritamente a nenhum deles, “sendo frequentes suas originalidades” (BIANCHINI, 2009, p. 149). Afora a discussão acerca das bases e fundamentos legais que subsidiaram a elaboração do texto que ensejou o Código de 1830, este foi o primeiro Código Penal Autônomo da América Latina.

Com a proclamação da república, foi designado o Deputado Baptista Pereira para elaborar um projeto de código penal, o qual foi convertido em Lei em 11 de outubro de 1890. Embora alvo de críticas, o novo código instalou o regime penitenciário de caráter correccional, considerado um avanço na legislação penal, além deste foram considerados pontos positivos a abolição da pena de morte e de galés, definindo novas condutas delituosas (BIANCHINI, 2009).

Inúmeros decretos foram editados para sanar as falhas do Código Penal de 1890. A mudança ocorreu durante o Estado Novo, quando em 1937 Alcântara Machado apresentou um projeto de Código Criminal Brasileiro, o qual passou pelo crivo de várias comissões, bem como por alterações significativas, vindo a ser

sancionado pelo Decreto-lei 2.848, em 07.12.1940, como o novo Código Penal Brasileiro, cuja parte geral foi alterada pela Lei 7.209/1984, permanecendo sua parte especial pouco alterada, destoando atualmente das relações advindas de uma sociedade pós-industrial (BIANCHINI, 2009)

Destaca-se que além da reforma da parte geral do código penal, foram criadas comissões para tratar da reforma do código de processo penal, da lei das execuções penais, e numa segunda etapa se tratariam das revisões da parte especial do código penal e da Lei das contravenções penais. Destas somente foram convertidas em leis, a reforma da parte geral do código penal (Lei 7.209/84) e a lei de execuções penais (Lei 7.210/84).

Até a reforma da parte geral a medida de segurança era aplicada levando-se em consideração dois destinatários, os incapazes e os perigosos. Era aplicada em conjunto com a pena privativa de liberdade, constituindo-se no sistema do duplo binário, em que além da pena aplicava-se também a medida de segurança. Primeiro era cumprida a pena, depois a medida de segurança.

No Código Penal de 1940 as medidas de segurança poderiam ser patrimoniais ou pessoais. As medidas de segurança patrimoniais poderiam se configurar em interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade ou associação e o confisco. As medidas de segurança pessoais subdividiam-se em detentivas e não detentivas (BIANCHINI, 2009).

O Código Penal de 1940 passou por algumas alterações, sendo a mais significativa a reforma da parte geral, através da Lei 7.209/84. Entre as inovações, as mais significativas diziam respeito a um novo rol de penas que vão desde a multa, restrição de direitos e privação da liberdade em regime fechado. O princípio da culpabilidade foi adotado sem restrições ou reservas (*nulla poena sine culpa*).

Com este posicionamento foi abolido o sistema do duplo binário, excluindo-se a aplicação da medida de segurança ao imputável, o entendimento se coaduna com uma linha de política criminal associada a doutrina dos Direitos Humanos, eis que aboliu-se a periculosidade presumida do criminoso (BIANCHINI, 2009), sendo o conceito de periculosidade para o direito criminal a: “probabilidade de que um agente realize no futuro uma conduta delitiva” (PRADO, 2014, p. 328).

A aplicação da medida de segurança foi restrita aos casos de inimputáveis por doença mental e ainda assim foi diminuída a sua aplicação, sendo duas as medidas

de segurança aplicáveis. Internação em hospital de custódia ou assemelhados e acompanhamento do criminoso através de tratamento ambulatorial (PRADO, 2014).

Na própria exposição de motivos apresentadas pelo então Ministro da Justiça Ibrahim Abi-Ackel, nos itens 90 e 91, ele discorre acerca da inovação apresentada relativa a aplicação da medida de segurança como tratamento ambulatorial, nos casos cuja pena prevista é a de detenção. Argumenta que *“corresponde a inovação às atuais tendências da ‘desinstitucionalização’, sem o exagero de eliminar a internação”*. (Exposição de motivos da nova Parte Geral do Código Penal, item 91, vade mecum, 2014, p. 497)

Interessante observar que as discussões acerca da desinstitucionalização do doente mental, advindas do movimento perpetrado por Basaglia nos idos da década de 1970, alcançou o legislador de 1984, que instituiu o tratamento ambulatorial fundado nas ideias do psiquiatra italiano. Outras inovações foram estabelecidas, mas não são de relevância para tratar-se na presente discussão, razão pela qual não serão mencionadas ou avaliadas.

### 2.3.1 Sistema Legal da Execução da Pena

O direito penitenciário está circunscrito ao direito de punir do Estado decorrente de sua soberania, e através dele impõe uma pena ao autor de uma infração penal, cujo cumprimento terá início após o trânsito em julgado da sentença penal condenatória. Atualmente se discute se o melhor termo seria direito penitenciário ou direito da execução penal, ante a diversidade de atribuições a ele inerentes, inclusive no tocante o envolvimento de dois poderes do Estado, no cumprimento e acompanhamento da aplicação da pena.

O direito penitenciário passou a fazer parte das discussões internacionais com a disseminação da pena de prisão como meio de coerção ou “no meio de proteção social contra o delito mais empregado em todo o mundo” (PRADO, 2014, p. 111), este também o entendimento de (MIRABETE, 2014, p. 3), quando se manifesta que “surgiu o Direito Penitenciário com o desenvolvimento da instituição prisional”.

É a pena criminal por excelência que estabelece o início desta discussão, já que originalmente a prisão era tida apenas como meio de garantir que o acusado permanecesse preso até seu final julgamento, já que as penas por excelência eram as de morte, mutilações, exílio, confisco.

A prisão como pena tem origem no Direito canônico, pois os religiosos que tivessem perpetrado delitos eclesiásticos eram confinados em celas, ou ainda àqueles que estivessem submetidos a julgamentos pelos tribunais da Igreja, seu caráter era expiatório, com o intuito de estimular o arrependimento.

Com a crescente demanda de imposição das prisões, tanto na modalidade preventiva quanto de execução e a inexistência de locais especialmente destinados ao seu cumprimento, se dando a colocação dos presos em locais insalubres e sem qualquer condição de segurança, iniciou-se a partir da segunda metade do século XVI, a construção de um movimento de enormes proporções no sentido de criar locais originalmente destinados a este fim.

Estes espaços acolhiam inicialmente toda sorte de pessoas, geralmente aquelas mais vulneráveis, tais como mendigos, vagabundos, prostitutas, viúvas, órfãos, doentes mentais, prisões com cunho político, cujas condutas desviantes determinavam sua internação, constituindo-se num estabelecimento de custódia em que as pessoas ficavam recolhidas aguardando o julgamento (MIRABETE, 2014).

Na Inglaterra surgiu a *House of Correction de Bridewell*, sendo seguida por outras casas localizadas em Gloucester, Norwich, Oxford. Em 1596, em Amsterdã foram criadas as Hasphuis (para homens) e as Spinhuis (para mulheres), as quais inspiraram a Alemanha na construção de locais similares. Na Itália, em Florença, o sacerdote italiano Filippo Franci criou o Hospício de São Felipe Neri, destinado sobretudo a correção de jovens, inspirado na ideia o Papa Clemente XI cria no ano de 1704, em Roma, o Hospício de São Miguel, casa de correção destinada a jovens delinquentes. No local havia trabalho diurno e isolamento celular noturno, nos moldes de um regime penitenciário, com vistas a sua reforma moral (PRADO, 2014).

Estruturadas para a recepção de pobres e vagabundos, utilizados nos trabalhos da modernidade associada a prática capitalista, iniciou a criminalização da pobreza, “não é difícil imaginar, tendo sido o encarceramento dos pobres uma forma de controle social, que passar dessa à prática de manter criminosos presos foi um passo fácil.” (VALOIS, 2013, p. 24).

A reestruturação das prisões passou a ocorrer com os estudos e observações de John Howard em sua obra *The state of prisons*, a qual colaborou para a humanização no sistema penal, mas tal efetivamente ocorreu a partir do momento em que a pena privativa de liberdade se institucionalizou como principal sanção penal e a prisão passou a ser o local de aplicação da pena.

A discussão iniciada por Howard e ampliada na obra de Beccaria, concluiu que a prisão somente deveria ser precedida da declaração da existência do delito (não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal – artigo 5º, inciso XXXIX). Inspirado pela obra, Jeremy Bentham escreveu a Teoria das penas legais (justificando a aplicação das penas) e o Panoptico (modelo ideal de construção asilar) (BENTHAM, 2008).

A partir do momento que a pena não se trata apenas do isolamento do indivíduo numa unidade celular, mas também de uma forma de buscar sua reeducação e reinserção social, através do oferecimento de meios como estudo e trabalho para o preso, o Direito Penitenciário passa a ter relevância jurídica e científica, definindo-se como “conjunto de normas jurídicas relativas ao tratamento do preso e ao modo de execução da pena privativa de liberdade, abrangendo, por conseguinte, o regulamento penitenciário”. (MIOTTO, apud MIRABETE, 2014, p. 3).

Há duas espécies de prisão no Brasil. A resultante de uma condenação judicial enquanto durar a pena imposta e a prisão provisória, resultante de uma prisão em flagrante delito ou preventiva, quando decretada pelo juiz durante o transcurso da ação penal, motivada pelas disposições do artigo 310 e seguintes do Código de Processo Penal.

A prisão provisória como o próprio termo já o diz, é aquela em que o autor do fato criminoso permanece preso à disposição da justiça enquanto a ação penal está em curso. Algumas vezes a prisão se dá ainda em sede de inquérito policial, para possibilitar a autoridade que produza as provas sem a interferência do indiciado, outras incidentalmente durante o curso da ação penal, justificando sua decretação a garantia do cumprimento da pena, quanto a ordem social. Mas deve se ressaltar que a prisão provisória é exceção, pois o princípio que vigora é o da liberdade, enquanto não for aplicada a pena na sentença, ao final da ação penal.

Durante muitos anos o sistema adotado no Brasil foi o unificado, em que após a expedição da sentença penal condenatória e o seu trânsito em julgado, acabava a atividade jurisdicional, passando a competência do acompanhamento da pena ao poder executivo. Todavia o sistema administrativista afastava a imperativa necessidade da intervenção judicial para a análise nos incidentes executórios, tais como o livramento condicional e o indulto.

O Código de Processo penal de 1940 adotou a teoria mista em que ao Estado-administração caberia a regulação do sistema penitenciário a ao Estado-jurisdição a

análise dos incidentes processuais com a concessão/restrição dos benefícios legais. Foi dedicado um livro inteiro a execução da pena, através dos artigos 668 a 779 do Decreto -Lei 3.689/1941.

Adotou-se então o modelo híbrido, onde mais que um direito penitenciário, passou a discutir-se o direito da execução penal, a qual se consolidou com a promulgação da Lei de Execução Penal no ano de 1984, consolidando a jurisdicionalização da execução penal, imputando ao poder judiciário a integral competência para a condução do processo de execução, acrescentando diversos órgãos da execução penal, partícipes para a implementação efetiva dos dispositivos legais para o acompanhamento do cumprimento da pena, os que serão avaliados a seguir.

### 2.3.2 Órgãos da Execução Penal

A Lei nº 7.210 de 1984 instituiu a Lei da Execução Penal e no seu artigo 1º assim disciplina: *“art. 1º – A execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do internado e condenado.”*

A pena tem por finalidade precípua reprimir e prevenir conflitos, assim como buscar por uma efetiva reinserção social do condenado após o cumprimento da pena, consoante o que disciplina já o artigo 1º da Lei 7.210/1984, citado alhures.

Para que a efetivação do cumprimento dos dispositivos da sentença ocorra de forma adequada se faz necessário que a estrutura do sistema se concretize. A estrutura se compõe dos órgãos da execução penal que são aqueles previstos no artigo 61 da LEP, a seguir relacionados: I- o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária; II- o Juízo da Execução; III – o Ministério Público; IV – o Conselho Penitenciário; V – os Departamentos Penitenciários; VI – o Patronato; VII – o Conselho da Comunidade; VIII – a Defensoria Pública.

Passo a análise breve e isolada de cada uma deles.

#### 2.3.2.1 Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária está subordinado ao Ministério da Justiça e sua sede é na Capital da República, sendo composto por treze membros designados por ato do Ministério da Justiça, escolhidos entre professores e

profissionais da área do direito penal, processual penal, penitenciário e ciências correlatas, assim como por representantes da comunidade e dos Ministérios da área social.

É o primeiro dos órgãos da execução penal, e sua existência remonta a Lei de execuções penais, pois foi instalado em junho de 1980. Entre suas atribuições, o Conselho tem proporcionado, segundo consta da exposição de motivos, valioso contingente de informações, de análises, de deliberações e de estímulo intelectual e material às atividades de prevenção da criminalidade.

Preconiza-se para esse Órgão a implementação em todo o território nacional, de uma nova política criminal e principalmente penitenciária a partir de periódicas avaliações do sistema criminal, criminológico e penitenciário, bem como a execução de planos nacionais de desenvolvimento quanto às metas e prioridades da política a ser executada. Tem atribuições normativas e fiscalizadoras.

O atual Regimento Interno do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária foi aprovado pela Portaria nº 277 de 13-3-2006, do Ministro do Estado e da Justiça. Atualmente é composto por 13 membros titulares, sendo um deles o Juiz Titular da Vara de Execuções Penais de Manaus, o DR. Luis Carlos Honório Valois Coelho, bem como por 04 membros suplentes.

#### 2.3.2.2 O Juízo Da Execução

O Estado tem a função de executar a aplicação da pena imposta ao condenado. A unidade administrativa prisional pode receber diversas designações, tais como cadeias públicas, penitenciárias, unidades prisionais; independente da nomenclatura utilizada há uma hierarquia administrativa que direciona a disciplina interna, o fornecimento da alimentação, os cuidados com higiene, atendimento médico e outros a serem dispensados aos condenados.

O juízo de execução tem como finalidade precípua dirimir os conflitos entre o condenado e o Estado. Os conflitos surgem a partir do início do cumprimento da pena, durante a ocorrência dos institutos próprios da execução, tais como o livramento condicional, o indulto, as convenções, remição, progressão de regimes, a indeterminação própria da medida de segurança. Essas funções e atividades são próprias do juiz já que os interesses questionáveis do preso e da pessoa sujeita a

medida de segurança referem-se a direitos individuais cuja tutela cabe ao Poder Judiciário (MIRABETE, 2014).

Além da atividade jurisdicional cabe ao Juiz da execução, na seara administrativa zelar pelo correto cumprimento da pena e da medida de segurança, inspecionar estabelecimentos penais, interditá-los, compor e instalar o Conselho da Comunidade (art. 66, inc. VI a X).

Na estrutura organizacional do Poder Judiciário, prevista na Lei Complementar nº 17/1997, a competência na comarca de Manaus, para atuar na execução criminal pertence ao Juízo da Vara de Execuções Penais, cujas atribuições são elencadas no artigo 160 e incisos e alíneas, com a competência para acompanhamento das penas privativas de liberdade (regime fechado, semiaberto e aberto), bem como o acompanhamento das medidas de segurança; ficam excluídos da sua competência o acompanhamento das penas restritivas de direitos ou medidas penais alternativas, a suspensão condicional do processo, a suspensão condicional da pena e os processos de livramento condicional, cujas ações são da competência do Juízo da vara de Execução de Medidas e Penas Alternativas (artigo 160a da Lei Complementar nº 17/97).

Nas Comarcas do Interior do Amazonas, a justiça de 1ª Entrância do poder judiciário do Amazonas, encontra-se estabelecida a competência através da Lei Complementar nº 127/2013 de 13/11/2013, que acresceu os §§1.º, 2.º, 3.º e 4.º, ao artigo 98 da Lei Complementar n. 17, de 15 de abril de 1997, estabelecendo a competência da execução penal para as comarcas com mais de uma vara, cabendo ao Juízo da 1ª Vara as ações que envolvem as execuções criminais, ressalvando, todavia, onde houver comarcas com mais de 05 (cinco) varas que as respectivas competências serão fixadas por Resolução, após ouvido o Corregedor-Geral da Justiça. Nas comarcas de vara única, o Juízo da execução é o mesmo que aplica a pena, pois, a competência é unificada

Estas disposições obedecem ao mandamento que consta o artigo 65 da Lei de execuções penais, que determina que a execução penal competirá ao juiz indicado na Lei de Organização Judiciária e, em sua ausência, ao da sentença.

O Juiz Luis Carlos Honório de Valois Coelho é o Juiz da Vara de Execuções Penais.

### 2.3.2.3 Do Ministério Público

Como agente fiscalizador cabe ao Ministério Público como órgão da execução penal acompanhar o processo executório da pena e da medida de segurança, sendo intimado de todas as decisões judiciais para a devida manifestação, bem como as atribuições constantes no artigo 68 da Lei de Execuções Penais.

Na sua atuação, conhecida como *custos legis*, o Ministério Público tem legitimidade para a instauração de qualquer incidente da execução, inclusive aqueles que visam à regularização do funcionamento das prisões ou mesmo sua interdição parcial ou total.

Junto a vara de execuções penais, funcionam a 24<sup>a</sup> e a 25<sup>a</sup> Promotorias de Justiça e em cada comarca e vara do interior há um promotor de justiça oficiando, com competência para atuar nos processos de execução penal. As promotorias são ocupadas atualmente pelas promotoras Renilce Helen Queiroz de Souza e Sheyla Dantas Frota de Carvalho.

### 2.3.2.4 Do Conselho Penitenciário

O Conselho Penitenciário é o órgão consultivo e fiscalizador da execução da pena. No exercício de sua função fiscalizadora, o Conselho Penitenciário busca evitar desvios, além de atuar emitindo pareceres acerca da concessão de indulto e comutação de pena, inspecionar estabelecimentos prisionais, e auxiliar o patronato na sua atuação de ajudar os egressos a serem reinseridos de maneira digna à sociedade, principalmente no que tange à busca de trabalho lícito (SALGADO, 2013).

Importante destacar que a composição do Conselho Penitenciário se dá com a nomeação pelo Governador do Estado, de pessoas que exerçam a função de professores, profissionais da Área do Direito penal, processual penal, penitenciário e ciências correlatas, bem como pessoas da comunidade. Poderão ser designados promotores de justiça, delegados de polícia, advogados etc. Esta composição mista procura envolver pessoas que possam expressar os diversos pontos de vista das ciências jurídicas, criminológicas e sociais, permitindo-se tanto quanto possível visão completa acerca dos problemas a serem enfrentados na execução penal quanto ao seu maior desafio, o da reinserção social do condenado (MIRABETE, 2014).

O Conselho Penitenciário do Estado do Amazonas foi criado pelo Decreto Federal nº 16.665, de 06 de novembro de 1924, tendo entrado em atividade neste

Estado, em 03 de Outubro de 1927, datando a sua primeira reunião Ordinária, de 06.10.1927. O atual Regimento Interno do Conselho Penitenciário do Estado do Amazonas foi aprovado pela Portaria nº 137/2003/SEJUS, tendo entra em vigor em 06.05.2003.

Nos termos do Art. 4º, do Regimento Interno, incumbe ao Conselho Penitenciário do Estado do Amazonas: I – Emitir parecer sobre Livramento Condicional, Indulto e Comutação da Pena; II – Inspeccionar os estabelecimentos penais e os serviços penais, propondo à autoridade competente a adoção das medidas adequadas, nas hipóteses de eventuais irregularidades; III – Supervisionar os patronatos, bem como a assistência aos egressos; IV – Assessorar, como órgão consultivo, o Secretário de Estado de Justiça e Cidadania (atualmente Secretário de Administração Penitenciária); V – Apresentar no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, no primeiro trimestre de cada ano, relatório circunstanciado de trabalhos efetuados no exercício anterior; VI – Realizar a cerimônia de livramento condicional; VII – Propor ao juiz de execução a decretação da extinção da pena privativa de liberdade, a revogação do livramento condicional, e a extinção da punibilidade nas hipóteses previstas em lei; VIII – Propor a concessão de indulto individual; IX – Suscitar o incidente de excesso ou desvio de execução; X – Propor outras medidas administrativas ou judiciais nos assuntos pertinentes às suas atribuições; XI - Colaborar com os órgãos encarregados da formulação da política penitenciária e da execução das atividades inerentes ao sistema penitenciário; XII – Elaborar e reformar o seu regimento interno, que será aprovado mediante resolução pelo Secretário de Estado de Justiça e Direitos Humanos; XIII – Deliberar sobre matéria administrativa no âmbito de suas atribuições

O conselho Penitenciário é, indiscutivelmente, um órgão imprescindível na execução da pena. No momento, em que todo o Sistema Penitenciário do país passa por dificuldades de toda ordem, torna-se indispensável a manifestação do Conselho em todos os processos que versam sobre benefícios assegurados aos condenados, exigência insculpida na própria Lei de Execução Penal – LEP. Com efeito, a análise da situação do condenado elaborada pelo Conselho, envolve aspectos de natureza objetiva e subjetiva, dentro de critérios que exigem do Conselheiro-Relator, disponibilidade de tempo razoável para pesquisa (<http://www.seap.am.gov.br/conselho-penitenciário>).

Exercem as funções de membros do Conselho Penitenciário do Estado do Amazonas. COPEN/AM, os senhores RAIMUNDO PEREIRA PONTES FILHO, na qualidade de Presidente, a Sra. RENATA BRANCO XAVIER, como Secretária, os demais membros são representantes do Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual; Defensoria Pública do Estado do Amazonas e da Defensoria Pública da União, 03 profissionais atuantes na área de Direito Penal, Processual Penal e Direito Penitenciário ou ciência correlata; 01 representante da Arquidiocese de Manaus e 01 representante da OAB/AM.

#### 2.3.2.5 Departamentos Penitenciários

O Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) é o órgão executivo que acompanha e controla a aplicação da Lei de Execução Penal e das diretrizes da Política Penitenciária Nacional, emanadas, principalmente, pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP, e está organizado na forma do que dispõe o Decreto nº 6.061 de 15.03.2007 (art. 25) e seu Regimento Interno foi aprovado pela Portaria nº 674, de 20.03.2008.

O Departamento procura viabilizar condições para que se possa implantar um ordenamento administrativo e técnico harmônico e homogêneo capaz de desenvolver a política penitenciária, de acordo com as atribuições a si previstas no artigo 72 da Lei de Execuções Penais. Além disso, o Departamento é o gestor do fundo Penitenciário Nacional – FUNPEN criado pela Lei Complementar nº 79 de 07 de janeiro de 1994 e regulamentado pelo Decreto nº 1.093 de 23 de março de 1994.

Anualmente é elaborado um relatório contendo a compilação de todas as informações das prisões do Brasil. No mês de junho de 2014 foi publicado o levantamento nacional de informações penitenciárias – INFOPEN - junho/2014, contendo as informações mais atualizadas do sistema.

#### 2.3.2.6 Do Patronato

Prevê ainda a LEP a figura do Patronato, destinado a prestar assistência aos albergados e aos egressos (art. 78). Sua participação na execução penal tem por finalidade a harmoniosa integração social do condenado, sendo fundamental que se destine a acolher e prestar apoio àquele(s) que passaram parte da vida na prisão.

O Patronato vem a se constituir no suporte necessário para que o egresso consiga recuperar sua dignidade junto ao meio social, através da possibilidade de se conseguir um teto sob o qual pernoitar por algum tempo, constitua-se um elo para a obtenção de um trabalho no meio livre, ou um mediador na obtenção de documentos pessoais ou, quem sabe ainda, o acesso a outros serviços públicos essenciais, garantindo-se sua cidadania.

#### 2.3.2.7 Do Conselho Da Comunidade

O conselho da comunidade é instrumento que viabiliza a participação comunitária na execução da pena e das medidas de segurança. É essencial para que o Estado se desenvolva em todas as suas atribuições e realize a missão de proporcionar a almejada justiça social e o bem comum, que a sociedade se faça ativamente presente. Assim também deve ocorrer em relação ao acompanhamento das penas privativas de liberdade.

Uma das finalidades precípuas do cumprimento da pena é o caráter ressocializador que dela se deflui, devendo se proporcionado ao condenado meios para sua reinclusão social. Para que tal se efetive é necessário que o Poder Público recorra à comunidade para que coparticipe nas atividades da execução penal. A participação da comunidade nessa matéria constitui exercício da cidadania, devendo ser estimulada de modo a amenizar o preconceito em relação ao preso, e no sentido de que seja viabilizada, ao final da execução, a pretendida inclusão do condenado na comunidade.

#### 2.3.2.8 Da Defensoria Pública

Uma das diretrizes estabelecidas na Lei 12.313/10, que acrescentou dispositivos a Lei de Execução Penal, foi incluir a Defensoria Pública como um dos órgãos da execução penal, além de atuar nas unidades prisionais, também fora dos estabelecimentos penais, deverão ser implementados núcleos especializados para a prestação de assistência jurídica aos réus, sentenciados em liberdade, egressos e seus familiares.

### **2.4 O Direito do Penitenciário**

A discussão desta seção deve ir ao encontro das afirmações encontradas em Salgado (2013) que após estudar as lições de Mirabete e Fabbrini (2008) sobre o artigo 1º da LEP, afirma que:

[...] não se trata apenas de um direito voltado à execução das penas e medidas de segurança privativas de liberdade, mas também às medidas assistenciais, curativas e de reabilitação do condenado, possuindo um duplice objetivo: a) Efetivar as disposições da sentença ou decisão criminal; b) Proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e internado. (SALGADO, 2013, p. 2).

Estes dispositivos demonstram efetivamente que se adotou no direito positivo brasileiro o critério da autonomia de um Direito de Execução penal ao invés do Direito Penitenciário, sobretudo as implicações da adoção desse critério nas medidas assistenciais e curativas dos doentes mentais encarcerados (SALGADO, 2013, MIRABETE e FABBRINI, 2008).

A lei garante os direitos da pessoa privada de liberdade, tanto da que for condenada e tem contra si decretada uma pena ou da pessoa presa provisoriamente a espera de uma sentença judicial, pois a Lei de Execuções Penais alcança a ambos os casos, disciplinando a extensão dos direitos a ambos os casos (artigo 2º parágrafo único da LEP – Art. 2º, parágrafo único – Esta lei aplicar-se-á igualmente ao preso provisório e ao condenado pela Justiça Eleitoral ou Militar, quando recolhido a estabelecimento sujeito a jurisdição ordinária).

Em se tratando de preso provisório, não há que se falar em limitação de qualquer direito que não se trate do seu recolhimento provisório excepcional, este hoje amplamente combatido, somente se admitindo sua decretação quando indispensável para a instrução processual, garantia da ordem pública e econômica e para garantir a aplicação da pena (artigo 312 do Código de Processo Penal).

A limitação aos direitos do condenado se dá pela sentença ou pela lei. As penas previstas como dito anteriormente são privativas de liberdade, restritivas de direitos ou multa. No presente estudo interessam as penas privativas de liberdade, onde o sujeito tem a sua liberdade de locomoção restrita pelo período de pena que lhe é imposto

O recolhimento do preso a detenção, não lhe subtrai qualquer outro direito, devendo ser preservadas sua dignidade, humanidade e todos os direitos legalmente estabelecidos. Enquanto cabe ao Estado o direito de executar a pena imposta, nos limites da sentença condenatória cabe ao condenado submeter-se a ela. A prisão não

pode se constituir em meio de cerceamento de quaisquer outros direitos não impostos na sentença, permanecendo o condenado submetido aos mandamentos constitucionais do Estado ao qual está vinculado.

A ONU atenta ao cumprimento das penas privativas de liberdade estabeleceu o regulamento denominado Regras Mínimas para Tratamento dos Presos, onde no item 57, 2ª parte, orienta que o sistema penitenciário não deve agravar os sofrimentos inerentes a situação do preso.

Nesta seara a Lei de Execuções Penais torna expressa a extensão dos direitos constitucionais aos presos e internos, quando impõe em seu artigo 3º que ao condenado e ao internado são assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei, pretendendo impedir o excesso ou o desvio que possam comprometer a dignidade e a humanidade durante a execução da pena, cuja inobservância poderia acarretar a imposição de uma pena suplementar não prevista em lei, situações estas descritas por Mirabete (2014, p. 24), ao afirmar que “não estão incluídos os sofrimentos acrescidos pela situação reinante nas prisões, os quais terminam por agravar a pena a que foi condenado o infrator”, discussão esta que fundamentara as primeiras críticas ao sistema por Beccaria.

Os direitos constitucionais reconhecidos e assegurados aos presos e internados são os direitos: - a vida (art. 5º, caput); - à integridade física e moral (arts. 5º, III, V, X e XLIX da CF e 38 do CP); - a propriedade (material e imaterial), ainda que o preso não possa exercer alguns do direito do proprietário (art. 5º, XXII, XXVII, XXVIII, XXIX e XXX); - a liberdade de consciência e de convicção religiosa (arts. 5º, VI, VII, VIII da CF e 24 da LEP); - a instrução (arts. 208, I e § 1º da CF e 17 a 21 da LEP) e o acesso à cultura (art. 215 da CF); - o direito e o sigilo de correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e telefônicas (arts. 5º, XII da CF e 41, XV da LEP); - de representação e de petição aos Poderes Públicos, em defesa de direito ou contra abusos de autoridade (arts. 5º, XXXIV, a, da CF e 41, XIV da LEP); - a expedição de certidões requeridas às repartições administrativas, para defesa de direitos e esclarecimentos de situações de interesse pessoal (art. 5º, XXXIV, b, LXXII, a e b da CF); - a assistência judiciária (arts. 5º, LXXIV, da CF, e 15 e 16 da LEP); - às atividades relativas as ciências, às letras, às artes e à tecnologia (art. 5º, IX e XXIX da CF); - a indenização por erro judiciário ou por prisão além do tempo fixado na sentença (art. 5º, LXXV da CF).

Estas disposições se adéquam as determinações contidas nos regramentos estabelecidos pela ONU (citar regras), mas não exaurem todos os direitos dos quais os presos são portadores, tanto que a Lei de Execuções Penais acrescenta em seus dispositivos os seguintes direitos: a) ao uso do próprio nome (art. 41, XI da LEP); b) a alimentação, vestuário e alojamento, ainda que tenha o condenado o dever de indenizar o Estado na medida de suas possibilidades pelas despesas com ele feitas durante a execução da pena (arts. 12, 13, 41, I e 29, § 1º, *d* da LEP); c) a cuidados e tratamento médico-sanitário em geral, conforme a necessidade, ainda com os mesmos deveres de ressarcimento (art. 14, e § 2º da LEP), garantida a liberdade de contratar médico de confiança pessoal do internado ou do submetido a tratamento ambulatorial, por seus familiares ou dependentes, a fim de acompanhar o tratamento (art. 43 da LEP); d) a trabalho remunerado (art. 39 do CP e 28 a 37 e 41, II da LEP); e) comunicação reservada com seu advogado (arts. 7º, III da Lei nº 8.906 de 4-7-1994 Estatuto da OAB E ART. 41, IX da LEP); f) a previdência social (art. 43, 91 a 93 da LOPS e arts. 39 do CP e 41, III da LEP); g) a seguro contra acidente de trabalho (art. 41, II da LEP); h) a proteção contra qualquer tipo de sensacionalismo (art. 41, VIII da LEP); i) a igualdade de tratamento salvo quanto a individualização da pena (art. 41, XII da LEP); j) a audiência especial com o diretor do estabelecimento (art. 41, XIII da LEP); l) a atestado anual de pena a cumprir (art. 41, XVI da LEP).

Os três últimos são passíveis de suspensão ou restrição, mediante ato motivado do diretor do estabelecimento penal, consoante previsão constante no artigo 41, parágrafo único da LEP. Assim são relacionados: m) a proporcionalidade na distribuição do tempo para o trabalho, o descanso e a recreação (art. 41, V da LEP); n) a visita do cônjuge, da companheira, de parente e amigos em dias determinados (art. 41, X da LEP); o contato com o mundo exterior por meio de leitura e outros meios de informação que não comprometam a moral e os bons costumes (art. 41, XV da LEP). Todavia os demais não podem sofrer restrições por parte do juiz ou das autoridades penitenciárias.

São garantidos ainda aos presos os direitos constantes dos princípios adotados pela Constituição Federal e os previstos nos ordenamentos ordinários (relações de família, exercício de profissão, ofício ou arte, etc.), salvo se não interditados por força da condenação, por procedimentos civis ou administrativos, ou ainda pela própria privação da liberdade. Qualquer violação aos direitos exige a pronta intervenção do Juiz da execução, garantindo a legalidade da execução penal.

O direito à vida ampara sob sua égide todos os cuidados necessários a manutenção da saúde do condenado, neste sentido podemos elencar o direito ao ambiente limpo, a cuidados médico-sanitários em geral, a integridade física e moral, ao não preconceito em razão de etnia, raça, cor, religião, opção sexual. Inclui-se aqui o não preconceito em razão de doença mental. Nesta seara impendem os cuidados necessários a serem fornecidos ao doente mental ou pessoa com sofrimento mental submetida a prisão.

## **2.5 A organização do Sistema Prisional no Amazonas**

A Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP) é o braço do Governo do Estado do Amazonas voltado para promover e garantir os Direitos aos cumpridores de algum tipo de pena ou medida de segurança. Na reforma administrativa do Governo do Estado do Amazonas, ocorrida no mês de março de 2015, a atual SEAP foi desmembrada da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos – SEJUS, consoante o disposto na Lei nº 4.163, de 09.03.2015, em seu artigo 1º, “d”, alínea 19.

Cabe à SEAP o planejamento, supervisão e coordenação da execução dos serviços de administração das unidades do Sistema Penitenciário Estadual, em cumprimento à Política Penitenciária Nacional e à Legislação de Execução Penal. Para a execução das suas atividades, conta com a terceirização de várias unidades prisionais, atuando no sistema a empresa Umanizare.

A humanização da vida carcerária se dá com programas de recuperação dos internos, oportunidades de trabalho produtivo, assistência social e tratamento médico-odontológico. Sua sede está localizada na Rua Gabriel Salgado, s/n – Prédio Cônego Gonçalves de Azevedo – Centro – CEP 69005-340.

A administração da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária assim é constituída: Secretário de Estado; Secretário Executivo; Coordenadoria do Sistema Prisional; Escola de Administração Penitenciária; Departamento Administrativo e Financeiro; Departamento de Projetos e Gestão.

Os órgãos colegiados que integram a administração penitenciária estão assim constituídos: Órgão Colegiado: Conselho Penitenciário do Estado do Amazonas; Órgãos de Assistência e Assessoramento: Gabinete, Assessoria, Secretaria Executiva; Órgãos de Atividade Meio: Departamento de Administração e Finanças,

Departamento de Projetos e Gestão. Órgãos de Atividade Fim: Complexo Penitenciário Anísio Jobim – Regimes Fechado Masculino e Feminino e Regime Semiaberto Masculino, Unidade Prisional Feminina Semiaberto, Centro de Detenção Provisória Feminina, Casa do Albergado, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, Cadeia Pública Desembargador Raimundo Vidal Pessoa, Unidade Prisional do Puraquequara, Instituto Penal Antônio Trindade, Centro de Detenção Provisória, 08 Unidades Prisionais do Interior que são administradas pela Secretaria.

## **2.6 Os hospitais de custódia, tratamento e ressocialização**

O HCTP foi criado em 29 de novembro de 1988, pela Lei estadual n. 1.874, é considerado estabelecimento da assistência à saúde do sistema penitenciário da Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania com o objetivo de tratar sob regime de internação os internos inimputáveis e os semi-imputáveis.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico foi estruturado inicialmente com um cargo de Diretor, um de Vice-diretor, um de Chefe de Divisão e um de Chefe de Segurança. Tendo como primeira Diretora a Dra. Maria de Lourdes Silva de Lima, nomeada através do Decreto de 12.12.89, e exonerada no dia 15.06.90.

Quando fundado, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico funcionou em um prédio da antiga delegacia de Roubos e Furtos, anexo à Penitenciária, hoje Cadeia Pública Desdor. Raimundo Vidal Pessoa, com estrutura física contendo uma sala onde funcionava a diretoria e a chefia de divisão. Sua média anual era de cinco internos.

Atualmente funciona num anexo da Unidade da Cadeia Pública Raimundo Vidal Pessoa, localizado na Avenida Sete de Setembro, Centro em Manaus e tem como Diretor o DR. Williams Santos Damasceno.

Esta unidade tanto serve para o recolhimento dos internos que tiveram medida de segurança aplicada, bem como para o acompanhamento do tratamento ambulatorial, medidas estas aplicadas pelo Juiz. Ocorre que por falta de unidades especializadas, internos que são acometidos de surtos psicóticos também tem sua internação autorizada na unidade, tanto por ordem judicial, quanto por determinação administrativa, muitas vezes com o intuito de isolar o doente, evitando que venha a ser vitimizado pelos demais presos.

Os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico foram assim nomeados a partir da reforma penal de 1984, antes desta denominação eram denominados Manicômios Judiciários. Embora denominado hospital, o mesmo não carece de estrutura hospitalar adequada, mas de local de internação similar a uma unidade prisional, tratando-se de espaços não plenamente medicalizados (JACOBINA, 2008).

### **3 DOS HOSPÍCIOS AOS MANICÔMIOS NO AMAZONAS**

#### **3.1 No tempo dos hospícios**

Para discorrer acerca do cerceamento dos direitos humanos mínimos deferidos aos portadores de doença mental, faz-se necessário percorrer nos momentos históricos, os registros existentes a respeito do tratamento dispensado aos seus portadores.

O medo do desconhecido imperava entre as pessoas, em razão da ciência ainda não ter fornecido elementos suficientes para entender e tratar as manifestações da doença em todos os seus matizes. A epistemologia se desenvolveu de acordo com os saberes de cada momento histórico, sendo a exclusão do convívio familiar e o isolamento as manifestações mais comuns de solução imediata.

Perturbadora então se torna a situação do louco infrator. O que dizer daquele que comete um crime sob a interferência da doença mental. Acometido pelo transtorno assassina, estupra, rouba ou comete qualquer outra conduta descrita como delito, após em algum lampejo de lucidez ingressa em outros meandros da mente, confessa, arrepende-se, mas não lhe se dá o direito de submeter-se aos ditames da lei.

Estas questões foram e são exaustivamente analisadas pelas diversas áreas do conhecimento que se correlacionam, como a psicologia, o direito, a sociologia, a filosofia, nos estudos de Michel Foucault (2012) e Erving Goffman (2010), eles estabelecem um diálogo com a evolução dos textos históricos referenciados como marco do reconhecimento aos direitos humanos.

Correlacionando o início do isolamento do doente associado aos primórdios do encarceramento, se pretende verificar porque até a presente data ainda se confundem e se misturam nos presídios, criminosos mentalmente sãos com aqueles que sofrem de transtorno mental, quais os tratamentos direcionados ao homem doente que possibilite a sua cura ou permita, ao menos, que possa participar da sociedade, na medida limitativa do seu conhecimento e da sua saúde mental.

Até a presente data, o conhecimento foi adquirido através da observação dos doentes em ambiente fechado, com a evolução da ciência permitindo que o tratamento atual deferido aos doentes mentais tenha cunho humanista e inclusivo, no que se pode depreender da luta antimanicomial que resultou na Lei 10.216/2001, partindo-se da

premissa que a loucura elevada ao grau de doença tenha tratamento e, quiçá, a própria e tão esperada cura.

## **3.2 Dos Manicômios aos tratamentos residenciais**

### 3.2.1 Do Surgimento Do Hospício e Manicômio

A palavra hospício tem origem no latim, *hospitium* designava abrigo, pousada, hospitalidade, com o passar dos tempos passou a referir-se a estabelecimento de recolhimento para doentes, especialmente pessoas com perturbações mentais. Manicômio é uma instituição que segrega a pessoa com sofrimento mental do convívio familiar e comunitário, para tratá-lo. O conceito de hospício era mais amplo, comportando a ideia de acolhimento para pessoas, mas o de manicômio encerra em si o ideal de recolhimento para pessoas com sofrimento mental.

No decorrer dos tempos, o termo hospício passou a definir os locais ou estabelecimentos onde se recolhiam os doentes e/ou pessoas pobres. Desde a idade média os loucos são confinados em grandes asilos e hospitais destinados a toda sorte de indesejáveis – inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos. Foucault ao discorrer acerca da instituição para loucos em Paris, noticia a unificação de vários estabelecimentos existentes numa unidade administrativa única, o Hospital Geral, o qual era destinado a “todos os pobres de Paris, de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for a sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis” (2012, fls. 49).

Tratava-se de uma instituição que se aproximava do conceito do termo *hospitium*, pois abrigava, recolhia, alimentava todos para lá encaminhados. Não bastava somente garantir o abrigo e o alimento, necessário o zelo pela subsistência e a garantia da ordem no ambiente, esta passou a ser administrada pelos diretores, que exerciam os seus poderes na instituição, mas também sobre todos aqueles que dependem de sua jurisdição, impondo sua autoridade, direção administração, comércio, polícia, jurisdição, correção e punição sobre todos os pobres de Paris, tanto no interior quanto no exterior do Hospital Geral (FOUCAULT, 2012).

Mais que uma estrutura médica, os dispositivos legais da criação do Hospital Geral dispunham de uma “estrutura semijurídica, onde se exerciam atividades administrativas que ao lado dos poderes já constituídos e além dos tribunais, decide,

julga e executa” (FOUCAULT, 2012, p. 50). Tais atribuições mais que representar uma ideia médica, representam um terceiro poder que o rei estabeleceu entre a justiça e a polícia, se configurando numa terceira ordem de repressão. Como toda forma de repressão foi salpicada em toda a França, através de um Editto do Rei, datado de 16 de junho de 1676, mas antes disso a Igreja já estava se articulando e criando uma série de estabelecimentos hospitalares pelo território francês (FOUCAULT, 2012).

Não só na França se estabeleceram instituições para internamento, na Alemanha foram denominadas de *Zuchthäusern* e datam de 1620, inicialmente em Hamburgo, as demais se disseminaram ao longo dos anos de 1667 a 1771.

Na Inglaterra as origens da internação datam de 1575, um ato de Elizabeth I, se refere a construção das *houses of correction*, ao menos uma por condado, com a competência para a “punição dos vagabundos e alívio dos pobres” (FOUCAULT, 2012, p.54). Estas casas eram suportadas com um imposto e donativos. Em pouco tempo todos os condados deveriam ter suas casas de correção, garantindo-se que lá se proporcionasse trabalho através de ateliês, manufaturas, possibilitando a manutenção das casas e trabalho aos seus pensionistas (FOUCAULT, 2012). Cabia ao juiz determinar quem para lá era encaminhado. Pela natureza da internação foram frequentemente associadas as prisões.

Estas casas de aprendizagem e trabalho poderiam manter quaisquer pessoas, desde que não fossem doentes contagiosos, passou-se a denominá-las *workhouses*. Este conceito de hospitais, prisões, casas de detenção se estendeu aos demais países da Europa, através da Inglaterra, Holanda (*rasp-huis*), Alemanha, França, Itália, Espanha, e:

[...] sua filantropia se declarará indignada com o fato que tenham podido relegar entre os mesmos muros os condenados de direito comum, jovens que perturbavam o descanso de suas famílias (ou que lhe dilapidavam os bens), vagabundos e insanos” (FOUCAULT, 2012, p. 55).

A internação passou a ser institucionalizada. A alguns mais violentos, a mordação e as correntes eram aplicadas, a outros, mais controláveis, era permitido sair para exercer a mendicância. O termo hospício passou a designar com o tempo, não só local de recolhimento de pessoas doentes, pobres, menores abandonados, passou a designar local ou instituição para recolhimento de doentes mentais.

Não só estas motivações passaram a determinar o internamento, mas também a grave crise econômica que a Europa passou no século XVII, com o aumento da população pobre e ociosa, o desemprego, diminuição de salários, escassez da moeda, a opção apresentada pelo Estado foi a criminalização da pobreza e o seu consequente internamento, havia também outra opção, o banimento com seu encaminhamento às terras recém descobertas. (FOUCAULT, 2012)

A preferência era por aqueles desvalidos, desgraçados, população sem recursos, sem ligações sociais, classe que se viu abandonada ou em disponibilidade por um certo tempo, pelo novo desenvolvimento econômico (FOUCAULT, 2012). A estes era lhes dado o direito de ser alimentado, mas com a condição do encarceramento.

Inicialmente de natureza caritativa, dirigida por clérigos ou religiosos(as), contava com a caridade para manter-se. Com o início das grandes navegações, as grandes companhias passaram a investir nestes estabelecimentos com o aval dos juízes, arcando a iniciativa privada com a responsabilidade por esta internação, a qual obviamente não poderia de gerar lucros.

Com a melhora da economia, a internação persiste, mas agora já com novo sentido. Com a economia girando nos bens retirados das colônias, havia a necessidade da manufatura. Na Holanda se preferia a mão de obra manual, onde os trabalhadores preparavam a tinta vermelha extraída do pau-brasil, com serras manuais, muitas vezes tendo a espinha dorsal quebrada, face a inexistência de qualquer meio de segurança e ao peso da serra que era manuseada por duas pessoas, uma em cada extremidade (MELOSSI e PAVARINI, 2006).

Tais trabalhadores eram escolhidos de acordo com a necessidade da mão de obra. Meros ébrios eram encarcerados pelo tempo necessário determinado pelos empresários, garantida tal condenação pelo juiz, “era facultado ao juiz enviar para a prisão comum (*common gaol*) os ociosos capazes de trabalhar” (MELOSSI e PAVARINI, 2006). Eram aproveitados todos aqueles que pudessem oferecer mão de obra barata, doentes mentais com transtornos moderados inclusive, o pagamento tinha um teto máximo (MELOSSI e PAVARINI, 2006). “Determina-se o valor exato de sua produção e dá-se-lhes a quarta parte. Pois o trabalho não é apenas ocupação: deve ser produtivo.” (FOUCAULT, 2012, p. 67).

De qualquer forma a internação e o isolamento passaram a abranger todos os socialmente indesejáveis. Mas, o aumento desta população teve outra consequência:

a abundância da força de trabalho. A partir desta fase se procuraram novas soluções que atendessem a demanda para o acolhimento e sustento desta população. Com o advento dos ideais protestantes, e a partir de Lutero, passou-se a dar uma nova abordagem a forma da assistência que deveria ser dispensada aos mendigos, afirmando que “a mendicância deve ser abolida e cada paróquia deve prover os seus pobres” (MELOSSI e PAVARINI, 2006, p.46). O intuito era retirar das mãos privadas a assistência aos pobres.

O Estado passou a assistir aos pobres e desvalidos na medida em que foram sendo criadas as unidades para internação dos pobres, fossem quais fossem as causas da exclusão, o destino era um só. A internação. Esta experiência se generalizou na França, após a criação do *hôpital général*, em 1656, sendo estendida a todo o reino através de um édito de 1676 (MELOSSI e PAVARINI, 2006). Sua principal característica era de prestar assistência a pobreza, incluindo-se aqui também as viúvas e órfãos, sem, contudo, esquecer da importância do trabalho.

A ordem era o acolhimento para todos os pobres, fossem “bons” ou “maus”, segundo a teoria vigente em todas as casas de trabalho, independentemente do credo religioso, os pobres “bons” agradeceriam ao internamento que os assiste e a oportunidade de trabalho oferecida, os pobres “maus” seriam privados da liberdade e punidos com o trabalho (MELOSSI e PAVARINI, 2006, p. 59). Embora a disseminação da instituição hospitalar se tenha dado com o apoio das ordens religiosas, percebe-se claramente que a assistência não era a principal motivação de sua existência, pois em se tratando de casa de correção para pobres “maus” e casas de trabalho para pobres “bons”, o que se dispunha a combater era a pobreza.

Entre pobres “bons” e “maus”, temos órfãos, viúvas, doentes do corpo e da mente e, a eles também eram aplicadas as mesmas regras, da internação ao trabalho.

Os doentes mentais tiveram uma visibilidade maior a partir do momento que a loucura passou a ser objeto de estudo e a psiquiatria alcançou status de ciência. Esta atividade permitiu dizer o que era considerado normal e anormal para o tempo em que se aplicava. Assim a loucura passou a ser compartimentada em classes e níveis, sendo necessário um tratamento diferenciado aos seus portadores.

### 3.2.2 O Diferente

O ser diferente sempre foi tratado de forma desigual, em razão da falta de saberes que permitissem a adequação da conduta a cada caso e situação. A loucura sempre foi, em todas as sociedades, uma questão de como a pessoa se relaciona consigo mesma, como se relaciona com os outros e, principalmente, como vê o mundo e por este é vista (JACOBINA, 2008).

A menção à loucura e sua interação com o meio social, passa a fazer parte dos relatos históricos da Idade Média, embora Hipócrates (ALMEIDA, 2002), já identificava a origem da doença mental com questões orgânicas, relacionadas a má distribuição dos fluidos corporais (Humus), daí a derivação dos “humores”.

No período da idade média, os loucos permaneciam com suas famílias, que procuravam escondê-los e tratá-los como a ciência o permitia. Tratava-se de uma questão privada, geralmente amarrados, acorrentados e vítimas de suplícios infligidos pelos próprios familiares.

Na grande maioria das vezes os doentes eram abandonados pelas famílias e ao adotar a conduta dos andarilhos, sujeitaram-se a partir de então, à violência do mundo, qualquer que fosse o sujeito ou o ambiente por onde passavam (FOUCAULT, 2012).

Relata Foucault (2012, p. 9), que com a descoberta do fenômeno da loucura na Idade Média, como uma das simbologias mais representativas, figurou a nau dos loucos, assim relatada: *“é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante.”*

Além das naus, existiam outras formas de solução, tais como a criação de espaços específicos destinados a sua contenção, como, por exemplo, hospitais, dormitórios de hotéis (Hôtel-Dieu de Paris) e torres (Torres dos Loucos de Caen), locais provavelmente criados para tratar os cidadãos daquela organização política, sendo afastados e rejeitados apenas os estrangeiros (FOUCAULT, 2012).

O amparo mais que uma questão de solidariedade humana, se respaldava nos mandamentos da igreja, consubstanciada na caridade, qualidade atrelada ao discurso alusivo à pobreza divinal, representada pela pobreza do mestre Jesus, sendo elemento eficaz no caminho para alcançar a salvação da alma. Neste momento histórico em que a Igreja ditava as normas a serem obedecidas, atreladas sempre ao poder do estado, representado pela figura do rei, esta consagrada pelo poder papal.

Foucault (2012, p 9) acrescenta que: “Com efeito, é possível encontrar na contabilidade de certas cidades medievais as subvenções destinadas aos loucos, os donativos feitos em favor dos insanos”.

Os loucos que não tinham familiares ou, ainda, aqueles que eram escorraçados pelos mesmos, ocupavam o espaço público, passando a mendigar ou, dependendo do mal que portavam, tornavam-se agressivos, muitas vezes defendendo-se de agressões a si antes desferidas; viravam marionetes nas mãos de quem os acolhia, praticando furtos e outros crimes.

Com a criação das casas asilares, muitas administradas pela Igreja, para o acolhimento dos rejeitados, enjeitados, órfãos, doentes, o deslocamento dos portadores da loucura passou para estes centros. Destes, muitos dos quais anteriormente serviam para conter a lepra. Com a erradicação da doença, a lepra foi substituída pela loucura.

A intenção era a sua contenção dentro de um espaço próprio e preparado para contê-lo. Com esta nova oportunidade, aqueles que conviviam com o doente mental no âmbito familiar, poderiam enfim ter um local para contê-los e mantê-los.

Nestes ambientes eram recepcionados aqueles que não tinham família, os abandonados à própria sorte e, principalmente, os que tinham infringido as normas de convívio social, sejam morais ou penais. Qualquer que fosse a motivação da internação, estes locais tinham em comum o atributo do isolamento. Estas instituições são atestadas por Goffman (2010), que menciona cinco agrupamentos distintos.

Para uma melhor compreensão do comportamento humano em razão da doença mental, procuramos definir as motivações que conduziram as pessoas a isolar o doente mental, rejeitando a sua presença diuturna. Durante a Idade Média, as notícias primeiras acerca da exclusão dos doentes se dá com as naus que viajavam pelos rios da Renânia e dos canais flamengos, transportando os doentes de um lugar para outro. Tanto os próprios parentes pagavam ao capitão, quanto os dirigentes dos burgos. O doente era desterrado, sua identidade era subtraída e sem o pertencimento a um lugar ou a alguém, vagava pelos espaços estrangeiros, sendo jogado de um lado para outro.

A existência destas naus foi confirmada por Foucault (2012, p.9), ao descrever: “Mas de todas essas naves romanescas ou satíricas, a *Narrenschiff* é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. ”

O autor justifica o ritualismo da simbologia da nau, com a partida e o desembarque, o mal não era atacado, transferido para outros locais, como forma de ocultar a sua existência. Assim como a partida pela nau, tem também a exclusão dos doentes, através de surras e bastonadas, impelindo-os a fugirem da cidade, corroborando o poder da força popular, ao desqualificarem o louco para o convívio social.

A religião contribuiu com o preconceito ao estabelecer o impedimento de participarem de cultos religiosos, sem, contudo perderem o direito aos sacramentos. Tal se dava em razão das explicações para as manifestações da loucura se justificarem nas possessões demoníacas. Os relatos registrados na Idade Média se assemelham atualmente aos sintomas apresentados por pacientes atendidos atualmente nos serviços de urgência (ANDRADE, 2014).

Naquele momento histórico em que o poder real coexistia com o poder atemporal, este identificado pela Igreja, a qual atestava a legitimidade do representante do primeiro, ambas se uniram, para, em nome da caridade, criarem espaços para onde se levavam os órfãos, viúvas, doentes, etc. Tratando-se a loucura de uma manifestação maligna, deveria ser isolada e contida.

Embora fosse um espaço de recolhimento, que envolvia o conceito caritativo, tais estabelecimentos eram mantidos por doações, e entre seu principal mantenedor, estava o poder estatal. A figura representativa da caridade era a pobreza, prevista nos ensinamentos bíblicos, conhecidos apenas daqueles que tinham dominado o poder das letras.

Neste íterim, ao definir a ambiguidade da loucura, a sociedade busca uma solução ao problema, pois *“a loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens”*. (FOUCAULT, 2012, p. 14)

Na mesma época existiram cidades inclusivas, que tinham espaços próprios para cuidarem de seus loucos, como o caso de Nuremberg, neste caso “os loucos são alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não tratados: são pura e simplesmente lançados na prisão”. (FOUCAULT, 2012, p. 10 e 11).

O isolamento passou a fazer parte do cotidiano dos loucos e da cidade. Situação que facilita o controle dos doentes e, principalmente, sua observação constante pelos concidadãos. Nesse sentido, imperava manter forte o poder em

relação a doença, demonstrando seu controle através da internação/isolamento, e através desta manter o ordenamento disciplinar em relação a doença mental.

Não se pode idealizar um modelo disciplinar afastado da figura do dirigente, que exerce a autoridade, a qual se refere ao poder de ordenar em contraponto ao dever de obedecer. O dirigente impõe as regras e elas devem ser obedecidas, neste ambiente com características de vigilância constante, onde o poder é exercido sem divisão, segundo uma figura hierárquica contínua (FOUCAULT, 2012), vem a se desenvolver o modelo panoptico idealizado por Jeremy Bentham, onde permanece o estado consciente e permanente da visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder (FOUCAULT, 2012).

Esta visibilidade não segue os modelos idealizados por Bentham, mas se torna uma referência quando pensamos no modo como estes elementos permaneciam encarcerados e observados.

Com o desenvolvimento da ciência, as manifestações psíquicas diversas da normalidade, entendida esta como um senso comum ditada peça ordem social geral, a necessidade da permanência dos considerados “loucos” foi imperativa.

Todavia, não se pode olvidar que estas instituições não somente se prestavam a isolar aqueles que diferiam pelas manifestações psíquicas diferenciadas, mas deveriam ter uma finalidade a mais, caracterizando-se, nas palavras de Goffman (2010, p. 11) como um local de:

Residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.

Importante ressaltar que as doenças mentais são de diversas ordens, permitindo, de acordo com a ciência, que as pessoas portadoras deste mal, tenham condutas diversificadas, cada qual com origem distinta. Com o isolamento e a vigilância mantida sobre os insanos, a pesquisa acerca da sua conduta diária, permitiu que se desenvolvessem estudos, onde através da disciplina imposta rigorosamente, os loucos mantinham padrões de comportamento analisados e catalogados.

Ocorre, todavia, que nem todos permaneciam em locais específicos e direcionados somente ao tratamento da loucura, em vários locais, como dito alhures, os espaços eram direcionados a acolher órfãos, viúvas, vagabundos, infratores e,

também, os insanos, alguns já detentores de algumas das outras qualidades mencionadas.

Não demorou a que tais espaços abrigassem também outra finalidade, muito mais importante do que tratar a doença para a sociedade da época, referente ao exercício de alguma atividade laborativa, que pudesse gerar riquezas. Copia-se o sistema de vassalagem, onde as ordens emanadas do rei/ vassalo eram avalizadas pelo poder atemporal, que as testifica ante aos olhos do supremo.

Onde antes o isolamento era alternativo, passou a se tornar obrigatório. Percebem-se mudanças na sociedade tão logo encerrada a fase renascentista. Com as grandes descobertas e a chegada de novas riquezas, a manufatura exigia mais braços ao trabalho. Com a chegada da revolução industrial e o êxodo do campo, ante a divisão das glebas territoriais, necessário se fez o aumento da força de trabalho. Passa a instituição a constituir-se num espaço com mais de uma finalidade e interesses, além de uma comunidade residencial, é também uma comunidade formal.

Goffman (2010, p. 21), ao relatar acerca do assunto, assim se manifesta:

Em algumas instituições existe uma espécie de escravidão, e o tempo integral do internado é colocado à disposição da equipe dirigente; neste caso, o sentido de eu e de posse do internado pode tornar-se alienado em sua capacidade de trabalho.

Esta alienação se refere a subtração da força de trabalho, devendo o internado mantê-la a disposição da instituição. Não importando às motivações da internação qual o sujeito para lá dirigido, pois este rompe com os padrões conhecidos, deixa para trás sua vida e história, perdendo sua identidade social e individual. O internado passa a fazer parte de um novo corpo. O corpo da instituição.

As regras de convívio passam a ser daqueles que comandam o espaço. O internado tem regras a serem cumpridas e ao infringi-las, é lhes imposto um castigo. A doutrinação do internado tem como aliada principal o medo.

Com a queda da Bastilha, durante a revolução francesa, momento de ebulição das classes sociais pelo reconhecimento dos seus direitos, Pinel teve contato com várias pessoas mentalmente doentes, confinadas a espaços exíguos. Como pessoas sem razão poderiam estar confinadas em espaços destinados a infratores da lei. Discorreu que o tratamento a eles diferido deveria ser humanizado e não violento

(ANDRADE, 2014), sem, contudo, deixar de imputar à loucura o significado de doença, permitindo desta forma, que o internamento e a exclusão continuassem a existir.

Como pessoas sem razão poderiam estar confinadas em espaços destinados a infratores da lei. Passou a definir condutas e a considerar a loucura uma doença. Qualificada como doença o isolamento e a vigilância se tornaram regra. Com a vigilância mantida sobre os insanos, a pesquisa acerca da sua conduta diária, permitiu que se desenvolvessem estudos, onde através da disciplina imposta rigorosamente, os loucos mantinham padrões de comportamento analisados e catalogados.

Não importava muito em que circunstância se dava o isolamento, tanto se fazia que fossem para insanos ou infratores, órfãos ou viúvas, mendigos ou andarilhos, o local para onde eram levados era aquele que permitia seu isolamento, sua exclusão do mundo, que tomava de si sua identidade social.

No dizer de Foucault (2012, p. 79),

O internamento seria assim a eliminação espontânea dos a-sociais, a era clássica teria neutralizado com segura eficácia – tanto mais segura quanto cega -, aqueles que, não sem hesitação, nem perigo, distribuímos entre as prisões, casas de correção, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas.

As instituições totais de acordo com Goffman (2010, p. 77), tem como objetivos a “realização de algum objetivo econômico, educação e instrução, tratamento médico ou psiquiátrico, purificação religiosa, proteção da comunidade mais ampla e, segundo um estudioso das prisões, incapacitação, retribuição, intimidação e reforma”

Ao discorrer acerca da Casa dos Loucos, em sua obra *Microfísica do poder*, Foucault (2014, p. 210) refere-se ao poder do médico relatado por Esquirel, já no início do século XX, este ao justificar a internação dos loucos. Dizia este que havia cinco razões principais para o isolamento dos doentes:

- a) *Garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias;*
- b) *Liberá-lo de sua influência externa;*
- c) *Vencer suas resistências pessoais;*
- d) *Submetê-lo a um regime médico;*
- e) *Impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais.”*

A relação de força e poder verificada nas instituições totais permite constatar que resta caracterizada a relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e opressão. Os insanos não foram tratados como sujeitos de direitos e obrigações, pois em razão de sua fragilidade ante o poder manifestado contra eles, foram calados, anulados, desterrados e destituídos de suas identidades.

Percebe-se claramente que, mais que uma relação de cuidado e tratamento ao alienado, as condições imperativas para o isolamento dos loucos, se dava precipuamente pela sua exclusão e segregação. Com a exclusão e internamento, os métodos para vencer a doença eram impostos pela disciplina e não através de um tratamento humanizado.

Vários relatos acerca das condições das unidades de tratamento dispensadas aos doentes mentais são de extrema crueldade e desrespeito ao ser humano. Tal se deu em razão do mito da demonização ser substituído pelo significado atribuído à loucura antes tratada como manifestação doentia. Tal atribuição foi elementar para o surgimento da psiquiatria.

Em ambos os casos, a segregação e isolamento foram os meios eficazes encontrados para atender a demanda dos loucos. A loucura não foi internalizada, o louco era o “outro”, e como a sujeira vinha de fora, e estava do lado de fora, deveria ser eliminada, o ambiente deveria ser purificado e limpo da presença da loucura.

Os hospícios em Manaus passaram a ter uma identificação própria para o atendimento dos alienados, de acordo com Silva (2013), a identificação do 1º hospício em Manaus data de 1889, localizado na chácara do Dr. João Hosannah de Oliveira.

No início do ano de 1889 na chácara do Dr. João Hosannah de Oliveira, onde também funcionava uma olaria, foi inaugurado o hospício “Barão de Manaós”, primeira instituição destinada exclusivamente para o recolhimento dos “alienados” na cidade de Manaus. (SILVA, 2013, p. 5).

A razão dos reclamos para uma unidade de atendimento exclusivo aos alienados surgiu no contexto do desenvolvimento sócio econômico desencadeado pela exploração do látex no norte do país. Os subprodutos gerados a partir de sua transformação permitiram que as cidades de Manaus e Belém passassem por profundas transformações, inclusive as relativas a necessidade de atender as demandas relacionadas a saúde, momento em que foram criados os hospitais, enfermarias, lazaretos, laboratórios e hospícios. (SILVA, 2013).

Data de 1894 a criação do Hospital Eduardo Ribeiro, o qual herdou a estrutura do extinto hospício Barão de Manaós, funcionando como hospício numa ala da Santa Casa de Misericórdia e na cadeia pública do estado, onde eram recolhidos os “loucos”. O Hospital Eduardo Ribeiro funcionou como casa de recolhimento, internação e ambulatório, com a desinstitucionalização da loucura amparada nos ditames da Lei 10.216/2001, a unidade passou a funcionar como ambulatório. Os casos de surtos psicóticos ou manifestações diversas de transtornos mentais a exigir a pronta intervenção do sistema de saúde, devendo o atendimento ser providenciado pela unidade de atendimento emergencial localizada nos prontos socorros.

### **3.3 Gestão pública de tratamento das doenças mentais**

Para o Direito Penal o conceito da doença mental interessa a partir da necessidade de se discutir acerca da inimputabilidade penal, cuja previsão legal consta no artigo 26 do Código Penal Brasileiro; este instituto prevê a isenção de pena ao agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não tinha ao tempo da ação ou omissão o entendimento do fato ou a possibilidade de agir de acordo com este entendimento.

Um conceito de doença mental apresentado por Nucci (2014, p. 275) é o desenvolvido por Wagner F. Gattaz, assim é expresso:

É um quadro de alterações psíquicas qualitativas, como a esquizofrenia, as doenças afetivas (antes chamadas de psicose maníaco depressiva ou acessos alternados de excitação e depressão psíquica) e outras psicoses.

Ocorre que coexistem várias outras definições, tanto por parte da ciência médica, quanto das ciências correlatas, como a psicologia e a psicanálise.

Acrescenta o autor que se deve analisar o conceito em sentido lato, devendo ser abrangidas as doenças de origens patológica e toxicológica, estas decorrentes do uso de substâncias que causam dependência química e outras drogas (NUCCI, 2014).

A definição de doença mental ainda não foi totalmente exaurida, o que é pertinente, pois os conceitos variam de acordo com o conhecimento das ciências em determinado espaço de tempo. Aliado a este fato, a normalidade que serve de parâmetro ao que se considera doença mental é variável de acordo com os saberes e conhecimentos de cada momento histórico. A exemplo temos a considerar que até

bem pouco tempo o homossexualismo estava elencado como uma manifestação psíquica fora da normalidade, sendo indicado tratamento médico.

No Brasil, a necessidade de humanização do tratamento do doente mental, surgiu irmanada com outras questões políticas, durante o período de redemocratização brasileira na década de 70, momento de efervescência das demandas discursivas acerca dos direitos sociais que foram tolhidos no período da ditadura militar.

A associação brasileira de psiquiatria ABP, em ações políticas para defender médicos presos no período da ditadura, submetidos a tortura pelo (s) agente estatal(is), trouxeram à discussão a questão da proteção aos direitos humanos, com o intuito de “revitalizar, no cotidiano profissional, discussões éticas acerca dos direitos humanos e da necessidade de ampliação dos direitos individuais no país (FIRMINO, 1982, apud MAIA, FERNANDES, 2002, p. 159).

Embora garantisse a igualdade de direitos perante a lei (art. 153, § 1º da CF de 1967) e o respeito a integridade física e moral do detento e do presidiário (art. 153, § 14 da CF de 1967), não estavam previstos na antiga Carta Magna, a repressão aos crimes de tortura e tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante, motivo pelo qual a luta pela proteção destes direitos, teve fundamental importância no reconhecimento dos direitos dos portadores de transtornos mentais.

No contexto geral, foram abrangidas as discussões acerca da institucionalização e a internação de pessoas com transtornos mentais e sua condição de opressão nos manicômios, sua humilhação moral na sociedade em geral.

A discussão acerca da violência, dos maus tratos e da tortura praticada nos asilos brasileiros, produziu, em grande parte, a insatisfação que alimenta o Movimento Antimanicomial. (MAIA, FERNANDES, 2002, p. 159).

Seu nascimento se reveste de elementos de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais.

Com as liberdades individuais e associativas revigoradas durante a transição política na década de 1980, os profissionais das áreas de enfermagem, psicologia, assistentes sociais se organizaram em sindicatos, e criaram em 1986, o movimento dos trabalhadores de saúde mental, “reivindicando questões acerca de melhores condições de trabalho nos manicômios, ampliação do quadro de funcionários e aumento de investimentos do setor público na área de saúde mental.” (MAIA,

FERNANDES, 2002, p. 159). Mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias.

Com o crescimento do movimento foram feitos encontros nacionais, de onde resultou da sua segunda edição, o lema: Por uma sociedade sem manicômios (MAIA, FERNANDES, 2002), foram englobadas ONGs e Conselhos de Familiares de doentes mentais.

A luta pela construção da cidadania igualitária entre loucos e sãos, partiu da reflexão e discussão dos textos legais existentes. Desde os dispositivos do Código Civil Brasileiro de 1919, que previa a tutela e assistência dos loucos e ao Decreto – Lei de 1934 que dispunha sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas.

Estes textos legais utilizam o termo “loucos”, mas não há referencial que identifique quem ou o que significa ser ou estar louco, de tal forma que a ciência médica também não continha uma conclusão definitiva acerca do conceito de doença mental e suas manifestações. A lei determinava restrições quanto ao exercício da cidadania plena, limitando as atividades da vida civil, social e política dos portadores de doença mental, acarretando o silêncio dos loucos.

Neste contexto, durante e em consequência das tratativas, reuniões, seminários e encontros, pretendeu o movimento antimanicomial a conquista da cidadania plena e emancipada, na medida da participação para a decisão sobre questões que afetem a sua vida e a discussão acerca da temática que envolve o que define o conceito e loucura.

Das discussões surgiu o Projeto de Lei Paulo Delgado, apresentado em 1987 ao Senado, somente foi aprovado no ano de 2001, entre as propostas foram estabelecidas as seguintes (MAIA, FERNANDES, 2002, p. 159):

1. O restabelecimento dos direitos civis e políticos dos doentes mentais;
2. A extinção progressiva os manicômios e sua substituição por hospitais-dia;
3. A internação em hospitais gerais, por períodos mínimos;
4. A regulamentação da internação compulsória, ou seja, aquela que se dá sem a provação do paciente, e que poderá ocorrer por no máximo 24 horas, com o conhecimento do juiz e de uma junta médica;
5. A regulamentação do uso de terapias perigosas, como o eletrochoque.

Esta conquista de afirmações engloba não só o plano político institucional, mas também a sociedade, envolvendo solidariedades, resistências e conflitos. Para refletir acerca destes temas, necessário lembrar da tutela encampada pelo Estado na suposta proteção aos doentes mentais, órfãos, viúvas, velhos, libertinos, daqueles que destoavam do reflexo social tido como normal e adequado, para interná-los nas instituições.

Estas instituições tiveram por espelho as instituições geradas na idade média, fundamentalmente a partir da criação do Hospital Geral de Paris, que Foucault (2012, p. 50), entendia que:

Mais que uma estrutura médica, os dispositivos legais da criação do Hospital Geral dispunham de uma estrutura semijurídica, onde se exerciam atividades administrativas que ao lado dos poderes já constituídos e além dos tribunais, decide, julga e executa.

Estas atribuições mais que representar uma ideia médica ou protetiva, representavam um terceiro poder que o rei estabeleceu entre a justiça e a polícia, para configurar numa terceira ordem de repressão e confirmação do poder estatal sobre a vida e morte de seus cidadãos.

As instituições segregacionistas perduram até a mudança dos padrões sociais comuns de representação, novos conflitos e vínculos sociais são criados a partir de novas representações. Neste contexto surge a necessidade do Estado criar mecanismos para realizar a institucionalização de direitos e a reformulação de um novo sistema de saúde que seja inclusivo e participativo.

Encerrar as atividades das instituições manicomiais com a reinclusão dos doentes mentais, não significa que a sociedade aceita o diferente no seu convívio, portanto, o movimento não se limita tão somente a fomentar a desinstitucionalização, mas também pretende promover o resgate e a aceitação do cidadão em sua capacidade limitada de desenvolver suas capacidades dentro do contexto social que busca a igualdade respeitadas as diferenças.

As dificuldades para o retorno dos doentes a sociedade foram e são muitas, na medida em que a loucura, enquanto desconhecida, permanece e se alia ao conceito de periculosidade e incapacidade. O louco é perigoso, portanto, deve permanecer isolado. Ele também é incapaz, não produz e assim torna-se um fardo a sociedade familiar, pois onde um não trabalha, outro trabalha por dois.

Ocorre que não se pode imaginar uma política de desinternação como o abandono do doente pelo Estado. A proteção deve continuar de forma integral. Assim pretendeu a normativa estabelecida pela Lei 10.216/2001, também chamada Lei Antimanicomial.

A Lei antimanicomial não pretende que se abandone o doente ao desamparo, mas sim revigora o retorno do tratamento humanizado, vinculado aos padrões assistencialistas fundamentados na família. Neste sentido os membros do movimento argumentam que: "a ampliação da rede ambulatorial em saúde mental poderá dar respostas mais adequadas à saúde da população." (MAIA, FERNANDES, 2002, p. 166).

A sociedade já não aceitando o doente mental ou portador de transtornos mentais, dentro do meio ambiente supostamente saudável e normal, o que dizer do louco infrator, que além de não estar adequado aos padrões de normalidade estabelecidos para sua época, vem a praticar um crime.

Neste contexto, não se fala apenas de loucura ou doença mental, mas desta aliada a prática delitiva e como motivação para a prática do crime. Conjugando-se a doença mental com o crime, como pensar em readequação, reinserção, ressocialização ou qualquer outro termo que determine a aceitação da pessoa doente. Familiares que foram vitimados pelo doente não o acolherão novamente em sua casa, pelo medo de novamente serem vitimizados pela conduta do criminoso/doente.

A lei antimanicomial ao pretender a desinternação dos doentes mentais, não os jogou ao relento, estabeleceu uma desinstitucionalização continuada, com a reinserção no seio familiar e social e para a implementação da Lei foram editadas Portarias do Ministério da Saúde e Interministeriais para a devida implementação da lei, consoante veremos a seguir.

### 3.3.1 No Sistema de Saúde

Os ditames da legislação determinam que a assistência ao doente mental se dará de forma integral pelo Estado, sendo de sua responsabilidade o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais. Todavia, a lei não exclui a responsabilidade da sociedade e da família, que devem acompanhar todo o processo de tratamento do paciente.

O Sistema Único de Saúde – SUS, é quem na estrutura administrativa federal tem a incumbência de gerir o sistema de saúde pública no Brasil, fomentando a implementação dos ditames estabelecidos na lei antimanicomial.

### 3.3.1.1 Redes de Atenção Psicossocial - RAPs

Para implementar a lei e ampliar as ações destinadas a atenção à saúde do doente mental, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, através de um conjunto de portarias, com o objetivo de ampliar e diversificar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, organizados em uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva.

As Portarias que fazem parte da rede de atenção psicossocial são:

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a qual institui a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecendo as características e competências de cada serviço integrante da rede.

A Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, institui as modalidades de repasse financeiro fixo e variável para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas.

A Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, define que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) acolham pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, de acordo com as diretrizes descritas na Portaria No- 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, estabelecendo as modalidades tipo I e tipo II para o serviço, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador.

A Portaria nº 3.099, de 23 de dezembro de 2011, estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS), com efeitos financeiros a partir da competência dezembro de 2011.

### 3.3.1.2 Centros de Assistência Psicossocial - CAPS

No ano de 2002, o Ministério da Saúde elaborou a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, atualizando a Portaria /SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992, instituiu os Centros de Assistência Psicossocial (CAPS), juntamente com os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial).

Os CAPS, distribuídos nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II, são instituições brasileiras que visam oferecer um atendimento aos cuidados médicos especializados, com atendimento de cuidados intermediários prestados por equipe multidisciplinar, entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em substituição as internações em antigos manicômios e hospitais psiquiátricos. Constitui-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas a saúde mental.

Os serviços pretendem não só o tratamento especializado com o acompanhamento clínico, mas também promover a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho e ao lazer e ações intersetoriais, fortalecendo os laços familiares e comunitários. Além destas ações estão previstas também o suporte a atenção à saúde mental na rede básica, a articulação da rede de assistência em saúde mental em determinadas áreas de abrangência, a regulação da porta de entrada e a organização da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, tanto no âmbito estatal quanto municipal (Portaria nº 336-GM/MS, de 19.02.2002)

São oferecidas três modalidades de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), variando de acordo com a necessidade de cada indivíduo e são estabelecidos de acordo com os critérios a seguir delineados:

CAPS I – cujo critério para implementação é o quantitativo populacional (20.000 a 70.000 habitantes), não se estabelecendo limites de idade para sua utilização, incluído no atendimento, além da psicoterapia e medicamentos, visitas domiciliares e atendimento a família. (Portaria 336-GM/MS – art. 4.1)

CAPS II – cujo critério para implementação é o quantitativo populacional (70.000 a 200.000 habitantes), não se estabelecendo limites de idade para sua

utilização, incluído no atendimento, além da psicoterapia e medicamentos, visitas domiciliares e atendimento a família. (Portaria 336-GM/MS – art. 4.2).

CAPS III – cujo critério para implementação é o quantitativo populacional (acima de 200.000 habitantes), não se estabelecendo limites de idade para sua utilização, incluído no atendimento, além da psicoterapia e medicamentos, visitas domiciliares e atendimento a família.

O diferencial do CAPS III em relação aos antecedentes é a prestação continuada dos serviços, durante 24 horas, incluindo-se finais de semana e feriados, com acolhimento, observação e repouso noturno, não podendo ser excedido o período de 07 (sete) dias consecutivos ou 10 (dez) dias não consecutivos.

Visa substituir a internação em hospital psiquiátrico, constituindo-se na mais complexa modalidade de CAPS para a prestação de atendimento em serviço mental. (Portaria 336-GM/MS – art. 4.3).

A primeira unidade de atendimento do CAPS III em Manaus foi inaugurada no mês de setembro de 2015. A unidade funcionava na tipologia II, no bairro Cachoeirinha e passou para a tipologia III. Com a mudança, irá funcionar, nos casos de internação, 24 horas, sete dias por semana, na avenida Maneca Marques, 1.916, Parque Dez de Novembro, zona Centro-Sul.

CAPS I II – Destina-se ao atendimento de crianças e adolescentes e é concebido para atender preferencialmente portadores de transtornos mentais graves. Pode também atender, eventualmente, usuários de álcool e outras drogas. Destinado a um território com população acima de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional definido pelo gestor local. O atendimento ao paciente inclui, além do tratamento médico e medicamentoso, a psicoterapia, visita/atendimento domiciliar e atendimento à família. (Portaria 336-GM/MS – art. 4.4).

CAPS AD II - Destina-se ao atendimento de usuários com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (incluindo o álcool). Recebe esses usuários para tratamento e recuperação, com ênfase na redução de danos, com o estímulo a novos hábitos, visando à diminuição de internações hospitalares para desintoxicação e outros tratamentos. Destinado a um território com população acima de 700.000 habitantes. O atendimento ao paciente inclui, além do medicamentoso e de psicoterapia, visita/atendimento domiciliar e atendimento à família. (Portaria 336-GM/MS – art. 4.5).

A Prefeitura de Manaus inaugurou no dia 15 de outubro de 2015, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) Dr. Afrânio Soares, na Avenida Efighênio Sales, Conjunto Jardim Espanha III, Adrianópolis, zona Centro-Sul da capital. O espaço terá capacidade de atendimento para 25 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes por dia. Para a hospitalidade noturna, serão disponibilizados seis leitos femininos e dez leitos masculinos. Lembrando que no CAPS AD são atendidas pessoas que buscam ajuda, já que o tratamento é aberto, isto é, não há internação, ou qualquer outro procedimento contra a vontade do usuário.

CAPS AD III – É destinado a proporcionar atenção integral e contínua a usuários com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (incluindo o álcool), com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana. Foi idealizado para atender a uma população de 200.000 a 300.000 habitantes por unidade. Nas capitais dos Estados, todos os CAPS ad II passam a ser CAPS ad III. (Portaria nº130-GM-MS/26/01/2012).

Os CAPS são responsabilidades dos Municípios, havendo previsão orçamentaria para sua gestão e implementação através das Portarias nº 3.089 de 23/12/2011 (Republicada em 30/12/2011) - Recurso financeiro CAPS. Portaria nº 3.099 de 23/12/2011 - estabelece recursos para Centros de Atenção Psicossocial.

### 3.2.1.3 Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs

A Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, em seu anexo I, define que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) acolham pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, de acordo com as diretrizes descritas na Portaria No- 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, estabelecendo as modalidades tipo I e tipo II para o serviço, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador.

Este serviço configura-se como dispositivo estratégico para a desinstitucionalização, caracterizando-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. Deve ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

São duas as modalidades de SRT, a do tipo I e a do tipo II. A primeira deve acolher no mínimo 4 (quatro) moradores e no máximo 8 (oito) moradores, não podendo exceder esse número, sendo destinada a pessoas com menor grau de dependência. A segunda, do tipo II, é destinada a pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. Este tipo de SRT deve acolher no mínimo 4 (quatro) e no máximo 10 (dez) moradores.

Em ambos os casos o foco é a reapropriação do espaço residencial como moradia, a construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção dos mesmos na rede social existente.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial, contando com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem.

### 3.3.2 No Sistema Prisional

A atribuição da administração penitenciária pertence ao Ministério da Justiça, a nível federal e, nos Estados, às secretarias de justiça ou outras denominações equivalentes, como no caso do Estado do Amazonas, cuja atribuição é da Secretaria de Estado de Assuntos Penitenciários – SEAP.

Logo após a implementação da Lei 10.216/2001, houve conflito de atribuições na medida em que restou a dúvida acerca de quem implementaria a lei antimanicomial as pessoas em conflito com a lei. Após debates entre os técnicos das pastas, chegou-se à conclusão de que havia a necessidade da elaboração de uma Portaria Interministerial, em que o trabalho deveria ser conjunto, resultando a PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.777, DE 09 DE SETEMBRO DE 2003.

A elaboração da Portaria considerou a importância da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS –, para viabilizar uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, na época estimada em

mais de 200 mil pessoas, distribuídas em todas as unidades federadas. Na época, não havia um sistema nacional de parametrização de ações, onde cada unidade federada atuava de forma heterogênea, dificultando inclusive a realização de estudos de abrangência nacional que revelassem o perfil epidemiológico da população presidiária brasileira.

Foram considerados também os fatores de risco aos quais a população carcerária estava exposta, tais como casos de DST/Aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, bem como a necessidade de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças nas unidades prisionais.

O resultado foi a criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, cuja finalidade primordial se constitui na promoção da atenção integral à saúde da população carcerária confinadas em idades prisionais masculinas e femininas, bem como nas unidades psiquiátricas.

Em razão de lacunas que se apresentaram durante a implementação do plano, foi criada um novo grupo de trabalho através da Portaria Interministerial nº 1.679/MS/MJ/MDS/SDH/SPM/SEPPIR, de 12 de agosto de 2013, para a elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional, resultando a Portaria Interministerial nº 01, de 02 de janeiro de 2014 que instituiu, em seu artigo 1º, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

O artigo 2º da Portaria determina quais as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, que serão atendidas de acordo com O PNAISP, que são aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que se encontram sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciadas para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança.

O objetivo geral da Portaria, nos termos do artigo 5º, é garantir as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, o cuidado integral na rede de atendimento do SUS. No trato aos doentes mentais ou portadores de transtornos mentais em conflito com a lei, a disciplina ao atendimento destes internos vem estabelecida nos artigos 7º, § 2º, 12 :

Art. 7º .

§ 2º As pessoas submetidas à medida de segurança, na modalidade tratamento ambulatorial, serão assistidas nos serviços da rede de atenção à saúde.

Art. 12. A estratégia e os serviços para avaliação psicossocial e monitoramento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, instituídos no âmbito desta Política, serão regulamentados em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

A implementação das diretrizes da recente Portaria Interministerial nº 01/2015, deverá ocorrer até 31 de dezembro de 2016, de acordo com a imposição do artigo 21, permanecendo vigentes as diretrizes e regras previstas na Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003 (parágrafo único do art. 21).

### 3.3.2.1 Sistema Prisional do Amazonas

Atualmente o sistema prisional do Estado do Amazonas está diretamente vinculado à Secretaria de Estado de Administração Penitenciária, subdivididos em várias unidades prisionais a saber: COMPAJ – Complexo Penitenciário Anísio Jobim, onde estão funcionando os regimes FECHADO MASCULINO E FEMININO, regime SEMI ABERTO MASCULINO (unidades de cumprimento de pena aplicadas através de sentença penal condenatória); CDP – Centro de Detenção Provisória; IPAT – Instituto Penal Antônio Trindade; CDPF- Centro de Detenção Provisório Feminina (as três últimas abrigam presos e presas provisórios, cujas ações penais encontram-se em andamento), estas unidades estão localizadas no KM 7, da Estrada Manaus – Boa Vista.

As unidades descentralizadas são: UPP – Unidade Prisional do Puraquequara (localizado na Estrada do Puraquequara e abriga presos provisórios); CPRVP- Cadeia Pública Raimundo Vidal Pessoa (localizada na Avenida Sete de Setembro abriga presos provisórios, hoje funcionando como um centro de triagem, após a entrada do preso no sistema prisional e feita sua identificação, são redirecionados a outras unidades prisionais); HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (localizado na Avenida Sete de Setembro, num anexo da CPRVP, abriga internos aos quais foram aplicadas medidas de segurança em regime de internação, bem como funciona como espaço para tratamento ambulatorial aos quais foi aplicada esta medida de segurança).

A unidade do regime semiaberto feminino está localizada na Avenida Codajás e as unidades do regime aberto funcionam no espaço anexado na própria SEAP.

No sistema prisional as informações referentes as doenças manifestadas pelos internos são catalogadas e mantidas na Coordenação da Saúde do Sistema Penitenciário, que vem a ser uma função exercida pelo Diretor do HCTP, embora não tenha previsão legal, mantém o controle das doenças manifestadas pelos internos, que são informadas pelos diretores da unidade de forma mensal.

O Hospital de Custódia e Tratamento Penitenciário mantém uma psiquiatra a Dra. MARIA DE LOURDES SILVA LIMA, que atende também as unidades do regime semiaberto masculino e feminino, e a Cadeia Pública Raimundo Vidal Pessoa, em razão de que a SUSAM – SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAZONAS não tem psiquiatra para atender ao sistema prisional e para realização de perícias médicas e cumprimento a ordem judiciais.

Nas demais unidades prisionais da capital e na Unidade Prisional de Itacoatiara, a administração penitenciária é terceirizada, sendo a empresa HUMANIZARE a responsável pela administração, estando entre as suas atribuições a permanência de um médico psiquiatra por unidade administrada, cabendo a eles classificarem as doenças mentais dos internos. Nestas unidades descentralizadas há uma equipe completa na UBS – unidade básica de saúde, com atendimento não só dos internos com transtorno mental, mas que apresentam qualquer outra patologia, cuja intervenção médica é necessária.

Assim como o atendimento aos internos, há de ser ressaltado que há a necessidade de medicamentos que venham a atender a demanda. No contrato estabelecido entre a SEAP/GOVERNO DO ESTADO com a empresa terceirizada UMANIZZARE, cabe a esta o fornecimento de medicamentos básicos, no que tange aos medicamentos de uso controlado são fornecidos pela SEAP e pelo HCTP, estes são recebidos da Central de Medicamentos do Estado – CEMA, vinculada a SUSAM.

As medicações de uso contínuo são repassadas pelo DELOG – Departamento de Logística da SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde). De acordo com entrevista realizada em abril de 2015, com o Diretor do Hospital e Custódia e Tratamento Penitenciário, DR. Williams Santos Damasceno, a medicação de uso contínuo, fornecida pela SEMSA tem atendido a demanda, salvo quando há problemas de atraso na licitação, como é o caso da medicação Rispiridona (anticonvulsivante).

Esta demanda atende aos internos provisórios e condenados que se encontram sob

a responsabilidade do Estado, nas unidades prisionais.

### 3.3.2.2 Dos Internos do HCTP

Os HCTP, denominados hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, não são hospitais propriamente ditos, mas unidades prisionais ou alas de tratamento psiquiátricos, destinados a cumpridores de medidas de segurança, por preencherem dois requisitos: (1) a prática de crime passível de punição/pena e (2) serem portadores de transtornos mentais e, conseqüentemente considerados inimputáveis.

A equipe de saúde nestes locais deve seguir as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, que tem como objetivos a redução progressiva de leitos psiquiátricos, qualificando, expandindo e fortalecendo a rede extra-hospitalar – CAPS- Centros de Atenção Psicossocial, SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos e UPHG – Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais.

Na cidade de Manaus, os CAPS SUL e CAPS NORTE atendem ao sistema prisional, na medida em que os internos são desinstitucionalizados, cessando a responsabilidade do HCTP.

Entre as demandas a serem desenvolvidas pelos CAPS, estão a reinclusão do interno na família, com a promoção de incentivo para o trato com o paciente psiquiátrico, e demais medidas previstas no PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA, que cuida de investir na aplicação efetiva das diretrizes do SUS e da Lei 10.216/2001, com a manutenção da liberdade e recuperação da dignidade e cidadania das pessoas com transtornos mentais, em contraponto ao modelo de assistência centrado nos antigos manicômios judiciários.

Há egressos do HCTP que não mantém vínculos familiares externos ou ainda que em razão de terem praticado crimes contra familiares, não são mais aceitos em sua unidade familiar. Nesta circunstância deverão ser atendidos nos Serviços Residenciais Terapêuticos (URT).

O Governo do Estado do Amazonas, com o intuito de suprir a falta de unidades residenciais para recepcionar os internos do antigo Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, construiu 08 (oito) unidades residenciais, com capacidade individual para 05 (cinco) pessoas, destas direcionou 01 (uma) casa para residentes oriundos do HCTP. A construção destas unidades residenciais são atribuição do poder público municipal,

mas em razão da sua inércia, o governo do estado já no ano de 2011, iniciou a construção destas unidades.

Nas informações prestadas pelo Diretor do HCTP, consta que três internos foram direcionados para a URT, que funciona no Bairro de Santa Etelvina, nas proximidades do CAPS SILVÉRIO TUNDIS. De acordo com a legislação e as Portarias Interministeriais é que ao SUS – Sistema Único de Saúde - cabe a responsabilidade pela manutenção da saúde dentro do sistema prisional e também dos egressos e aos presos provisórios quando já se encontram fora do sistema.

Este é o entendimento de Currea-Lugo (2009, p. 215), discorrendo acerca da implementação do modelo de direitos e obrigações das nações unidas, regra 22.1, assim definindo a situação ideal de assistência nos lugares de detenção: “o ideal é que os serviços de saúde do centro de detenção façam parte do sistema de saúde à sociedade, que a assistência médica dos detentos tenha o respaldo do sistema nacional de saúde e suas diferentes estruturas”.

Na atual sistemática vigente, os Ministérios da Saúde e da Justiça, estabeleceram regras para atendimento que estão vinculadas ao sistema de saúde pública brasileiro, e embora cada interno tenha suas próprias peculiaridades quanto a sua condição física, alguns mais perigosos que exijam maiores cuidados, independentemente do crime ou da periculosidade apresentada, o direito fundamental a vida e da sua condição de ser humano devem prevalecer.

## **4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

Este capítulo tecerá a discussão metodológica da pesquisa, discutindo a fonte e a organização dos dados. Também discutirá os procedimentos metodológicos utilizados para o alcance dos resultados através de operacionalização e métodos da pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa descritiva que teve por objetivo estudar os aspectos sociais e jurídicos dos doentes mentais internos nas unidades prisionais de Manaus. Para isso, buscou-se identificar as características dos portadores de doenças mentais internados nas unidades prisionais de Manaus, sua distribuição por idade, sexo, estado civil, escolaridade, estado de saúde e o tipo penal praticado. Por outro lado, esta pesquisa também é bibliográfica e documental. Bibliográfica porque aqui se buscou estudar os aspectos históricos dos sujeitos objetos deste estudo já que não há outra maneira de conhecer os fatos passados senão com dados secundários. Ela também é do tipo documental porque para alcance dos objetivos será necessário consultar documentos oficiais como: procedimentos de justiça, bem como relatórios e levantamentos de informações e dados provenientes de órgãos governamentais.

### **4.1 Fonte dos dados**

Para a análise preliminar dos doentes mentais internos no Sistema Prisional de Manaus os dados foram coletados do Relatório Mensal da Coordenação de Saúde Mental do Sistema Prisional do Estado do Amazonas, elaborado para o mês de julho de 2015. Esse recorte temporal foi necessário devido ao intenso ciclo de entrada e saída dos presos no sistema prisional. No que se refere ao espaço, a coleta e a análise dos dados sobre doentes mentais ficaram circunscritas às unidades prisionais estabelecidas na cidade de Manaus.

Foram considerados os dados provenientes do Hospital de Custódia (HCTP) e de todas as Unidades Prisionais locais (Compaj, UPP, IPAT, CDPM e CPFM, CPDRVD), cujos presos tinham diagnóstico de doença mental. Esse recorte espacial, restrito a cidade de Manaus, foi necessário, primeiro devido a indisponibilidade de informações dos demais municípios e em segundo lugar pela confiabilidade das informações prestadas sobre o diagnóstico das doenças.

No que se refere às informações relacionadas ao perfil do doente mental foi necessária uma pesquisa feita por meio do site do TJAM. Foram coletadas informações complementares, para esse fim, dos procedimentos envolvendo os presos em estudo: quantidade de ações penais ativas; inquéritos policiais disponíveis em consulta pública no site do Tribunal de Justiça do Amazonas com o objetivo de identificar a tipificação penal, o sexo, idade, estado civil, escolaridade, o local de ocorrência do crime, local de residência do paciente e a motivação.

A pesquisa documental foi necessária devida à ausência de informações que pudessem dar conta do perfil dos doentes mentais infratores no Relatório Mensal das condições de saúde dos presos elaborado pela Coordenação de Saúde Mental do Sistema Prisional do Amazonas. (O INFOPEN não disponibilizou os dados do ano de 2015).

Ainda foi consultado o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN - Junho de 2014 do Ministério da Justiça, de onde foram extraídas algumas informações complementares relacionada população carcerária das Unidades Prisionais de todos os Estados da Federação, entre estes o Amazonas.

Embora o estudo não contemple informações coletadas nas unidades prisionais dos demais municípios do Estado do Amazonas, entende-se que isso não inviabiliza as análises, já que a maior parte (87,1%) do total de presos do Amazonas (7.455), naquele período, concentrava-se em Manaus.

## **4.2 Organização dos dados**

A partir das informações preliminares da Coordenação de Saúde Mental do Sistema Prisional do Amazonas foram selecionados todos os casos de presos recolhidos nas Unidades Prisionais de Manaus, notificados com algum tipo de doença. Entre todos os casos notificados foram selecionados 160 agravos com diagnóstico de algum tipo de distúrbio mental. O diagnóstico foi realizado por profissionais de saúde do sistema prisional: médicos psiquiatras.

Os 160 casos selecionados foram tabulados em planilha no formato Excel, a partir das informações básicas (unidade prisional, nome incompleto do interno, código CID e número do processo criminal) provenientes de uma lista fornecida pela Coordenação de Saúde do Sistema Penitenciário do Estado do Amazonas.

As informações correspondentes a cada uma das doenças foram incorporadas a planilha, após consulta à Classificação Internacional de Doenças (CID-10), com a identificação do tipo de doença de cada um dos 160 casos notificados. Para este estudo foram criadas categorias de doenças mentais, agregadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - CID-10.

Para dar conta dos aspectos sociais dos presos foram necessárias diversas consultas a documentos oficiais, até então, disponíveis no site do Tribunal de Justiça do Amazonas (e-SAJ Portal de Serviços), de onde foram coletadas informações (tipificação penal, sexo, idade, estado civil, escolaridade, local de ocorrência do crime, local de residência do interno e a motivação do crime de cada indivíduo selecionado. Todas as informações coletadas foram incorporadas a planilha de dados. Aqueles casos que, na consulta eletrônica dos procedimentos judiciais, não foi possível recuperar as informações complementares, que pudessem dar conta dos aspectos jurídicos e sociais relacionados aos presos, foram excluídos do banco de dados construído para este estudo.

### 4.3 Operacionalização e Métodos

Para avaliação da prevalência de doenças mentais nos presídios de Manaus foram calculadas as distribuições percentuais e as taxas de prevalência das doenças mentais por categorias de doenças. Estes indicadores foram calculados para o grupo de causas, tipo penal e escolaridade, segundo o sexo dos portadores de distúrbios.

Para o cálculo das distribuições percentuais dos doentes mentais, por sexo, idade, estado civil, escolaridade, tipo de doença e tipo de crime foi utilizada a seguinte notação:

$$C = \frac{DM_j}{\sum DM} \quad (\text{Eq. 01})$$

Sendo,

C a distribuição proporcional dos doentes mentais com atributo *j*

O cálculo da taxa geral de encarceramento (Eq.02) e a taxa de prevalência de pessoas portadoras de doença mental (Eq.03), para ambos os sexos, foi efetuado conforme notação abaixo:

$$TE = \frac{p^i}{P^i} \cdot 100.000 \quad (\text{Eq. 02})$$

$$TPV = \frac{DM^i}{p^i} \cdot 100.000 \quad (\text{Eq. 03})$$

Para as duas equações, tem-se que:

TE, representa a Taxa de Encarceramento;

$p$ , é a população carcerária no tempo  $i$ ;

$P$ , é a população total, no tempo  $i$ .

TPV, representa a Taxa de Prevalência;

DM, equivale ao número de doentes mentais encarcerados, no tempo  $i$ ;

Esses indicadores são de grande simplicidade e, por meio deles, poder-se-á processar a análise da frequência das doenças mentais entre os internos (Eq.01), a Taxa de Encarceramento para a população de Manaus (Eq.02) e a prevalência dessas doenças na população carcerária de Manaus (Eq. 03).

## **5 RESULTADOS PRELIMINARES**

### **5.1 Perfil dos Doentes Mentais Encarcerados**

O perfil dos presos portadores de transtornos mentais recolhidos nas unidades prisionais de Manaus e as considerações sobre as condições de saúde e jurídica de cada um desses sujeitos estarão sendo discutidas neste capítulo. Aqui serão apresentados os resultados observados sobre a população carcerária em custódia nas unidades prisionais e hospital de tratamento de internos de Manaus.

### **5.2 O perfil dos presos portadores de transtornos mentais nas unidades prisionais de Manaus**

Segundo os dados do Ministério da Justiça, a população carcerária no Brasil, entre 2000 e 2014, aumentou 161,1%, passando de 232,8 mil presos para 607,7 mil encarcerados. Embora o número de vagas tenha crescido 177,6%, saindo de 135.710 para 376.669 vagas, com essa população carcerária o déficit de vagas que, em 2000, era de 97.045 passou para 231.062, em 2014 (INFOPEN, 2014).

Nesse mesmo ano, com uma população carcerária de aproximadamente 6.500 presos, recolhidos no Sistema Prisional (RELATÓRIO DEPEN, 2014), Manaus concentrava pouco mais de 1% da população carcerária do país. Desse total, foi possível identificar 160 internos com diagnóstico de doença mental, entre os quais, 78% são homens e 22% são mulheres.

Entre homens e mulheres com diagnóstico de doença mental, foi possível observar que a maioria destes sujeitos tem idades entre 20 e 24 anos e a maior concentração foi verificada no grupo etário masculino.

uma postura inclusiva e humanista, determina a desinternação progressiva dos pacientes psiquiátricos que se encontravam recolhidos nos manicômios e hospitais psiquiátricos.

As transformações ocorridas com o advento da Lei 10.216/2001, no que tange a desinstitucionalização do doente mental e a sua inclusão social, se configura num dos maiores avanços já obtidos pelos grupos de trabalho que desenvolveram as discussões acerca do tema (MAIA e FERNANDES, 2002, VAZ, 2012, NUCCI, 2014, PRADO, 2014, BIANCHINI et al, 2009), no que se refere à construção dos direitos humanos dos doentes mentais.

Deste conflito surgiram outros desmembramentos, discussões entre atores da área da saúde e do sistema de execução penal, cujos resultados são pela aplicação da lei antimanicomial aos presos recolhidos nos hospitais de custódia e tratamento penitenciário (JACOBINA, 2008, VAZ, 2012, FERREIRA, 2005, CORREA-LUGO, 2009), pois a internação determinada pelo Juiz inicialmente por três anos, poderia se converter em prisão permanente se durante as avaliações anuais o psiquiatra se convencesse que a periculosidade apresentada pelo interno não houvesse cessado.

No ano de 2007, o Brasil firmou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pelo Congresso Nacional, nos termos do artigo 5º, § 3º da CF, que determina que os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados pelas casas legislativas, em dois turnos, por três quintos dos votos, serão equivalentes às emendas constitucionais.

Tantas interações e entendimentos resultaram na edição de Portarias Interministeriais que disciplinam a aplicação da lei antimanicomial aos internos dos hospitais de custódia com a desinternação progressiva, cuja rede de atenção é a do SUS – Sistema Único de Saúde, disciplinada na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde. Foram necessários 10 (dez) anos para que fosse criada a necessária rede comunitária de saúde mental, a qual atenderá aos portadores de doença mental (comuns e infratores da lei).

O louco, para o direito, é um elemento perigoso e por conta de sua periculosidade lhe é imposto o internamento nos manicômios judiciários. Estes locais ao invés de recuperar e preparar o retorno do doente ao meio social, por conta do próprio isolamento, traz muito mais prejuízos à pessoa, pois corta os vínculos familiares ainda existentes, isola o interno impedindo qualquer contato com o mundo externo.

Tratando-se de presos portadores de transtornos mentais, necessário que se estabeleça um diálogo entre as ciências jurídicas, sociais e a medicina, para garantir a estas pessoas, que serão tratadas “humanamente e com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano” (CORREA-LUGO, 2009, p. 207).

As unidades tanto de recolhimento de apenados quanto de presos provisórios tem que ter unidades de saúde, com profissionais suficientes para atender as demandas emergenciais, assim como as intercorrências referentes a saúde mental, estas com profissionais habilitados ao tratamento da pessoa com transtorno mental.

Os reclusos que são liberados provisoriamente ou tem progressão de regime, com a liberdade controlada por outros meios, tal como o liberado condicional, devem ser encaminhados a rede de saúde pública do estado para acompanhamento e tratamento, assim como os egressos do sistema penitenciário. Os cumpridores de medida de segurança deverão ter sua condição avaliada constantemente, com a sua recolocação em seu meio familiar e àqueles cujos laços familiares já tenham sido desfeitos, deverão ser encaminhados as unidades residenciais terapêuticas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Garantir aos cidadãos os direitos sociais ao usufruto dos bens coletivos, incluídos neste rol o direito à educação, a saúde, a moradia, etc., é garantir o exercício pleno da cidadania (SADEK, 2012) e da dignidade humana ao permitir e garantir que se respeite e se busque a promoção da imagem da pessoa como construída na Constituição Federal, considerando tanto a faceta individual quanto a social, bem como contemplando uma visão concreta da pessoa, e não uma mera abstração (COSTA, 2008).

Os relatórios avaliados na presente dissertação envolvem todas as unidades prisionais, inclusive as unidades de presos provisórios e condenados, além dos internos no Hospital de Custódia e Tratamento Penitenciário. A lei de execução penal se aplica a todos, inclusive aos não condenados, enquanto se encontrarem recolhidos no sistema prisional (NUCCI, 2014, PRADO, 2014), ao entendimento do disposto no parágrafo único do artigo 2º da Lei 7.210/1984 – LEP.

Ultrapassadas as dificuldades iniciais, tendo em vista que a relação dos internos que foi fornecida pelo Coordenador de saúde mental no sistema prisional encontrava-se incompleta acerca das informações necessárias para a obtenção dos resultados, foi com a ajuda de outras fontes de consulta que se alcançaram dados que viabilizassem sua análise para a conclusão desta dissertação.

Avaliando o resultado da pesquisa se pode perceber que no universo de 160 presos e internos, são várias as manifestações de transtornos mentais entre esta população. Tais transtornos foram catalogados com o CID-10, de acordo com o diagnóstico constante na relação de presos e internos pesquisada.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o conceito de transtorno mental exige os seguintes elementos (2014, p. 20):

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao desenvolvimento mental.

Nos resultados apresentados acerca da população avaliada, resultou que a maior parte das incidências de transtorno mental entre presos alcança jovens entre

20 e 24 anos, do sexo masculino, solteiros, com pouca escolaridade (com até 5 anos de estudo).

As manifestações doentias se apresentam diferenciadas em relação ao sexo da pessoa. Ao agrupar as incidências de morbidades, têm-se que a população masculina apresenta resultados diferenciados em comparação com a amostra populacional feminina, no que diz respeito a variedade de diagnósticos apresentados.

Entre os indivíduos do sexo masculino, a maior incidência de transtornos mentais se refere ao abuso de álcool e droga, alcançando 43,1%, ficando o distúrbio do pânico como a segunda incidência, com 27,6 %.

Entre as mulheres a maior incidência de transtorno mental foi a referente ao distúrbio do pânico com 94,3% de casos, e em segundo o abuso de álcool e drogas, com 2,9%.

Ao analisar os portadores de transtorno mental com o crime praticado, os resultados demonstram divergências em relação a população masculina e feminina.

Entre a população masculina a maior incidência criminosa foi a prática do crime de homicídio (34,1%) e o crime de roubo (27,5%), crimes estes cuja violência está associada a própria natureza do crime e tipificação legal. As duas causas somam 61,6% dos casos. O tráfico de drogas é a terceira causa com 20,9% de casos.

Para a população feminina, a maior incidência está relacionada ao tráfico de drogas, com 73,3% de incidência criminosa. Tal fenômeno vem sendo objeto de estudo, onde se verifica que a prática de delitos envolvendo o tráfico de drogas se assimila com mais facilidade a condição feminina, de acordo com Rodriguez, (2009, p 175) “o tráfico de drogas é uma atividade que permite às mulheres seguir desempenhando os seus papéis sociais (mãe, esposa e dona de casa)”, assim como o retorno financeiro obtido com o comércio ilegal de entorpecentes.

Em relação as mulheres se observa ainda que, dos crimes praticados com violência encontram-se o roubo com 16,7% e o homicídio com 6,7% de casos, mas em bem menor número que envolvem o delito de tráfico de drogas.

Chamou nossa atenção a discrepância entre as políticas e metas para a atenção à saúde dos detentos, explicitadas nos discursos governamentais, e a situação real dos detentos, que vivem em um cenário de constante violação de seus direitos, inclusive à saúde (direito constitucional). E também o descompasso entre os preceitos e avanços, inclusive legais, da Reforma Psiquiátrica, e as altas taxas de

transtornos mentais nas prisões, sem o devido tratamento e sem a adequada oferta de atenção psicossocial (DAMAS; OLIVEIRA, 2011).

Com as disposições legais previstas na Lei 10.216/2001 aliada a votação que admitiu a Convenção sobre os Direitos das pessoas com deficiência, não se pode mais ignorar a extensão dos direitos humanizadores aos reclusos do sistema penitenciário, inclusive aos presos provisórios e condenados que se encontram recolhidos no sistema prisional, pois “a pessoa sob detenção perde o direito à liberdade, mas não perde sua dignidade nem o resto dos direitos humanos” (CORREA-LUGO, 2009, p.210).

Como justificar a não aplicabilidade de uma norma benéfica, se não pelo desconhecimento e conservadorismo, pela não aceitação do “ser” diferente, por não considerar a loucura como uma manifestação humana, a qual somente pode ser conhecida se com ela convivermos.

A sociedade vem sendo instada, constantemente, a discutir e refletir acerca da loucura, suas manifestações e, principalmente acerca de sua inclusão social. No contexto atual a doença mental é uma condição humana passível de tratamento e acompanhamento, o qual deverá ser prestado pelos serviços de saúde do Estado e de forma humanizada, adequando-os aos ditames da Constituição Federal, emendas constitucionais, legislação ordinária e sua normatização.

## REFERÊNCIAS

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro – Vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Rafael Damasceno de. **A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro**. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3481/A-realidade-atual-do-sistema-penitenciario-brasileiro>> Acesso em: 05 out. 2015.

BECCARIA, Cesare Bonesana, Marchesi di, 1738-1793. **Dos delitos e das** . Tradução de J. Cretella Jr e Agnes Cretella. 2. ed. rev. e atual. São Paulo : Revista dos Tribunais, 1997.

Bentham, Jeremy. et. al. **O Panóptico**. Org. de Tomaz Tadeu. Tradução de Guacira Lopes Louro, M. D. Magno, Tomaz Tadeu. 2. Ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

BIANCHINI, Alice; GARCÍA-PABLOS DE MOLINA, Antonio; GOMES, Luiz Flávio. **Direito penal: introdução e princípios fundamentais**. 2. ed., rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

BOTELHO, André. SCHWARCZ, Lilia Moritz. (Orgs.) **Cidadania, um projeto em construção: minorias, justiça e direitos**. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

COSTA, Helena Regina Lobo da. **A dignidade humana: teorias de prevenção geral positiva**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

CURREA-LUGO, Victor. O Direito à Saúde nas Prisões. In: CARRANZA, Elias (Org.). **Cárcere e Justiça Penal na América Latina e Caribe: como implementar o modelo de direitos e obrigações das Nações Unidas**. Brasília: Secretaria Nacional de Justiça, 2009.

DAMAS, Fernando Balvedi; **Saúde mental no sistema prisional: as prisões catarinenses na perspectiva da saúde Coletiva**. 2011. p. 260. Dissertação (mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2011.

FERREIRA, Carlos Lélío. VALOIS, Luís Carlos. **Sistema Penitenciário do Amazonas**. Curitiba: Juruá, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalhete. 41. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

\_\_\_\_\_. **História da Loucura: na idade clássica**. São Paulo, Perspectiva, 2012.  
GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed, São Paulo: Atlas, 2002.

\_\_\_\_\_. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.  
GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESMPU, 2008.

MAIA, Rousiley C. M.; FERNANDES, Adélia B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. **REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**. São Paulo, v. 17, n. 48, p.157-171, fev. 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MELOSSI, Dario e PAVARINI, Massimo, Cárcere e Fábrica. **As origens do sistema penitenciário (séculos XVI – XIX)**. Rio de Janeiro: Revan: ICC, 2006. (Pensamento Criminológico; v. 11).

MIRABETE, Julio Fabbrini, **Execução Penal: comentários à Lei 7.210, de 11-7-1984**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado: estudo integrado com processo e execução penal: apresentação esquemática da matéria: jurisprudência atualizada**. 14. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Lista CID – 10**. tradução: Centro Colaborador da OMS para a Família Classificações Internacionais em Português. 10. ed. rev. 4. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012.

PRADO, Luiz Régis. **Tratado de Direito Penal Brasileiro**: parte geral: volume 1. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014. (Coleção tratado de direito penal brasileiro; 1).

RODRIGUEZ, Maria Noel. Mulheres na prisão Uma abordagem a partir de uma Perspectiva de Gênero. In: CARRANZA, Elias (Org.). **Cárcere e Justiça Penal na América Latina e Caribe**: como implementar o modelo de direitos e obrigações das Nações Unidas. Brasília: Secretaria Nacional de Justiça, 2009

SALGADO, Tatiana Cristina Bezerra. O papel do Conselho Penitenciário na execução penal. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 116, set 2013. Disponível em: <[http://ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13617&revista\\_caderno=3](http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13617&revista_caderno=3)>. Acesso em 05 out. 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA. **Conselho Penitenciário**. Disponível em: <<http://www.seap.am.gov.br/conselho-penitenciario>> Acesso em 17 jul. 2015.

SILVA, Julio Santos da. Hospitais. Hospícios, lazaretos e enfermarias: Instituições de Saúde em Manaus (1852-1920). In: Simpósio Nacional de História – Conhecimento histórico e diálogo social, 27., 2013, Natal. **Anais eletrônicos...** Natal: UFRN, 2013. Disponível em: <[http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371157701\\_ARQUIVO\\_Resumo\\_etextocopletoanpuh20133.pdf](http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371157701_ARQUIVO_Resumo_etextocopletoanpuh20133.pdf)> Acesso em 20 out. 2015.

VALOIS, Luís Carlos. **Conflito entre ressocialização e o princípio da legalidade na execução penal**. Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2013.

VAZ, Paulo Junio Pereira. As medidas de segurança e os direitos humanos dos ininputáveis. **Jus Navigandi**. Teresina, ano 17, n. 3264, 8 jun. 2012. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/21956>> Acesso em 24 out. 2015.