

ISSN 2236-935X

RESPONSABILIDADES

Edição Especial

Revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do TJMG
Volume 6 - 2023

Em nome da loucura



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais



PAI-PJ

Programa de Atenção Integral
ao Paciente Judiciário Portador
de Sofrimento Mental Infrator

RESPONSABILIDADES | *Edição Especial*

Revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao
Paciente Judiciário do TJMG

Realização

EJEF
Escola Judicial
Desembargador Edésio Fernandes



TJMG
Tribunal de Justiça do
Estado de Minas Gerais

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

Rua Timbiras, 1802, Funcionários, Belo Horizonte, CEP 30140-061

<https://bd.tjmg.jus.br/collections/9293d09d-c731-4db5-9928-c5272cc5f004>

E-mail: revista.responsabilidades@tjmg.jus.br

Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes - EJEF

Rua Raul Pompeia, 101, 7º andar, São Pedro, Belo Horizonte, CEP 30330-080

<http://www.ejef.tjmg.jus.br>

E-mail: gejur@tjmg.jus.br

Os conceitos e afirmações emitidos nos artigos publicados nesta Revista são de responsabilidade exclusiva de seus autores.

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Responsabilidades: Revista Interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ
Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2023

v. 6

Periodicidade: Anual

ISSN: 2236 – 935X

Disponível na internet.

1. Direito - Psicanálise - Psicologia Jurídica - Direitos Humanos - Sociologia - Política antimanicomial - Criminologia crítica - Interdisciplinaridade - Laço social. 2.I. Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ). II. Título.

Distribuição gratuita da versão impressa em território nacional e internacional para os Tribunais de Justiça, universidades e instituições acadêmicas, rede pública de saúde e assistência social e outros afins, além de estar disponível no endereço: <https://bd.tjmg.jus.br/collections/9293d09d-c731-4db5-9928-c5272cc5f004>

Tiragem: 500 exemplares

Pede-se permuta
We ask for exchange
On demande l'échange
Mann bittet um austausch
Si riquiere lo scambio
Pideje canje

ISSN: 2236-935X

RESPONSABILIDADES | *Edição Especial*

Revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao
Paciente Judiciário do TJMG

Volume 6

Em nome da loucura

2023

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Gestão 2022-2024

Desembargador José Arthur de Carvalho Pereira Filho

Presidente

Desembargador Alberto Vilas Boas Vieira de Souza

1º Vice-Presidente

Desembargador Renato Luís Dresch

2º Vice-Presidente e Superintendente da EJEF

Desembargadora Ana Paula Nannetti Caixeta

3º Vice-Presidente

Desembargador Luiz Carlos de Azevedo Corrêa Junior

Corregedor-Geral

Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes – EJEF

Comitê Técnico

Desembargador Renato Luís Dresch

Desembargadora Lílian Maciel Santos

Desembargador Saulo Versiani Penna

Desembargador Osvaldo Oliveira Araújo Firmo

Desembargador Paulo Calmon Nogueira da Gama

Juiz de Direito Carlos Márcio de Souza Macedo

Ana Paula Andrade Prosdocimi da Silva

Diretora Executiva de Desenvolvimento de Pessoas

Fernando Rosa de Sousa

Diretor Executivo de Gestão da Informação Documental

Produção Editorial

Thiago Israel Simões Doro Pereira

Gerência de Jurisprudência, Biblioteca e Publicações Técnicas – GEJUR/DIRGED

Claudiciano dos Santos Pereira

Coordenação de Jurisprudência e Publicações Técnicas – COJUR

Regina Soares Clark

Coordenação de Apoio Técnico e de Conteúdo para as Mídias Digitais – COMID/DIRCOM

Gabriel Fernando de Almeida

Coordenação de Publicidade – COPUB/GERP/DIRCOM

Cristina Baía Marinho

Projeto gráfico, capa e diagramação – COPUB/GERP/DIRCOM

RESPONSABILIDADES | *Edição Especial*

Revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao
Paciente Judiciário do TJMG

Conselho Editorial

Editora Responsável

Dra. Fernanda Otoni de Barros-Brisset - Diretora Clínica do PAI-PJ/TJMG; Doutora em Ciências Humanas: Sociologia e Política pela UFMG; Membro da Escola Brasileira de Psicanálise e da Associação Mundial de Psicanálise; Professora Adjunta III da PUC-Minas.

Editora Adjunta

Dra. Romina Moreira de Magalhães Gomes - Coordenadora Técnica do PAI-PJ/TJMG; Doutora em Estudos Psicanalíticos pela UFMG.

Editora Assistente

Me. Liliane Camargos - Psicóloga do Núcleo Supervisor do PAI-PJ/TJMG; Mestre em Estudos Psicanalíticos pela UFMG.

Tradução

Liliane Camargos

SUMÁRIO

EDITORIAL

Em nome da loucura: em direção ao fim do Manicômio Judiciário	08
<i>Romina Magalhães Gomes</i>	

RELATÓRIO

Em nome da loucura	18
<i>Fernanda Otoni Brisset</i>	

ANEXO I

Portaria TJMG 1.068 de 13 de outubro de 2020.....	103
---	-----

ANEXO II

Memorando de 16 de abril de 2020 “Horta Terapêutica” HPJIV	106
--	-----

RELATÓRIO

“Visita 09 de Julho”	109
<i>Fernanda Otoni Brisset</i>	

Ventos de um morro uivante.....	127
<i>Fernanda Otoni Brisset</i>	

LINHA EDITORIAL.....	137
----------------------	-----

NORMAS DE PUBLICAÇÃO.....	139
---------------------------	-----

ROTEIRO PARA PARECER.....	145
---------------------------	-----

EDITORIAL

Em nome da loucura

Em direção ao fim do manicômio judiciário

Romina Magalhães Gomes^{1}*

2020 é o ano em que comemoramos os 20 anos de existência do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) no Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG).

É também o ano em que a pandemia de Covid 19 tem início. Muitas incertezas, serviços de saúde lotados, número de pessoas contaminadas e de mortos cresce exponencialmente. A aposta na vida pode, contudo, ser relançada para muitas pessoas que vivem em um espaço de segregação e mortificação: o manicômio judiciário Jorge Vaz, na cidade de Barbacena, Minas Gerais.

O primeiro relatório que apresentamos aborda a loucura como um modo de vida possível aos seres falantes, não a reduzindo a uma simples manifestação psicopatológica. Esse modo de vida pode deixar de operar de forma organizada, desamarando-se, configurando a situação de crise que se manifesta pelo sofrimento psíquico. Como qualquer modo de vida, implica um saber sobre a maneira própria a cada um de se tratar, por meio de uma amarração que lhe permita conectar-se ao Outro.

Em sentido diverso, veremos que o manicômio se caracteriza como um espaço de apagamento da singularidade própria a cada sujeito, que leva ao silenciamento e à mortificação, verdadeiro limbo a que são condenados aqueles que cometeram um ato ilícito penal e foram considerados inimputáveis, recebendo como sentença a medida de segurança de internação. No manicômio, os internos não têm voz, não podem exercer o que define sua humanidade, o fato de falarem.

A autora dos relatórios, a psicanalista Fernanda Otoni Brisset, idealizadora e fundadora do PAI-PJ, recupera no texto de Lacan os elementos para uma leitura que

^{1*} Psicanalista, Doutora em Psicologia pela UFMG, Coordenadora Técnica do PAI-PJ, Editora Adjunta da Revista Responsabilidades.

inclui o sujeito como detentor de um saber, que fornece as diretrizes para uma orientação possível do tratamento. A luta antimanicomial, por sua vez, propõe a construção de uma rede de cuidados comunitária e territorializada, que possibilita o resgate da vida dessas pessoas.

Junto a essa rede de cuidados, orientado pela clínica e por princípios da luta antimanicomial, o PAI-PJ funciona como um dispositivo conector que, ao secretariar cada sujeito, seguindo suas soluções *sinthomáticas* para tratar o sofrimento, favorece a construção de um lugar possível no território, para além desse limbo, do encarceramento perpétuo em instituições asilares como o manicômio judiciário. O programa assume a tarefa de escutar cada sujeito, com sua diferença irreduzível, sua história, angústias e projetos de vida.

O relatório esclarece que, com a Lei nº 10.216/2001, a internação passa a ser considerada uma excepcionalidade, devendo ser limitada ao tempo em que durar a crise e somente quando não existirem recursos extra-hospitalares suficientes ao tratamento no território de origem do paciente. Quando se faz necessária, deve oferecer assistência integral e visar sempre ao retorno ao território. A Lei nº 10.216/2001 reassegura os princípios constitucionais de 1988, considerando a pessoa em sofrimento psíquico que praticou ato ilícito penal como um sujeito de direitos, que deve ser tratada no interesse único de restabelecer sua saúde, sem qualquer forma de discriminação.

O trabalho inicia a partir de impasses encontrados quanto à situação de pacientes judiciários que tinham a possibilidade de desinternação, mas que, ainda, permaneciam internados. Ao longo do ano de 2020, verificou-se que 16 pacientes judiciários possuíam determinação judicial para desinternação, dos quais 13 dependiam de vaga em serviço residencial terapêutico (SRT). Essa situação foi levada, pela Coordenação Técnica do PAI-PJ, ao conhecimento do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e das Medidas Socioeducativas (GMF) e da Presidência do TJMG.

Em setembro do mesmo ano, uma inspeção foi realizada no manicômio Jorge Vaz. Após essa inspeção, por ato conjunto do Presidente, da Coordenadora Geral do PAI-PJ e do Supervisor do GMF (Portaria nº 1.068/2020 do TJMG),² foi determinada a realização de um mutirão, com o objetivo de realizar estudos psicossociais dos pacientes internados no Jorge Vaz e, também, uma análise da situação do local.

² Ver Anexo I do Relatório *Em nome da loucura*.

Em nome da loucura, um trabalho feito por muitos

É na junção do Um fundador com os múltiplos que se colocam a trabalho que o mutirão inicia em outubro de 2020. A ação foi coordenada por Fernanda Otoni Brisset, então Coordenadora Técnica do PAI-PJ, que, juntamente com uma equipe interdisciplinar, constituída por psiquiatras e psicólogos, dirigiu-se ao manicômio para verificar a situação clínica de cada um dos 100 pacientes que cumpriam medida de segurança de internação no manicômio e para os quais ainda não havia sido apontada a possibilidade de término da medida. O trabalho envolveu, também, as equipes do Núcleo Supervisor e Núcleos Regionais do PAI-PJ. Onde não havia Núcleo do Programa, assistentes sociais se dirigiram aos territórios de origem dos pacientes, para verificar a possibilidade de retorno. Participaram, ainda, do mutirão a equipe assistencial do Jorge Vaz e agentes penitenciários que conviviam cotidianamente com os pacientes internados.

O relatório traz à luz os prejuízos incomensuráveis das internações que se prolongam indefinidamente, sob condições estruturais extremamente precárias e desumanizantes, que só fazem agravar o sofrimento e são capazes de minar os laços familiares e sociais.

O estudo verificou que a maioria dos pacientes encontrava-se internada no Jorge Vaz há mais de cinco anos.³ Isso leva a perguntar o que poderia justificar uma internação tão longa, considerando seu objetivo precípua que deveria ser o tratamento.

Importante lembrar que há uma política pública em nosso país que contempla as pessoas que perderam os vínculos sociais devido a internações de longo prazo em manicômios, a política dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), estabelecida pela Portaria nº 106/2000, do Ministério da Saúde, que define como longa a internação que perdura por tempo superior a dois anos. Mas, no manicômio, verificou-se que 32 pacientes estavam internados por período entre 10 e 30 anos!

³ 60 pacientes tinham mais de cinco anos de internação, entre eles, 28 possuíam entre cinco e 10 anos de internação, 24 tinham entre 10 e 20 anos e oito possuíam entre 20 e 30 anos de internação no manicômio!

Além dos 13 pacientes judiciários que já tinham cessação da medida de segurança, verificou-se que 39 tiveram os vínculos sociais rompidos e não tinham para onde retornar. É uma triste história que vem se repetindo há, pelo menos, 83 anos, quando surgiu a medida de segurança no ordenamento jurídico brasileiro, com o Código Penal de 1940. A passagem é somente de ida. Internação sem data estabelecida para terminar. A medida de segurança tem prazo mínimo, mas não tem prazo máximo.

O relatório aponta que todos os pacientes internados possuíam em seu território ou na região do território de origem uma rede aberta de tratamento estruturada, contando com dispositivos de atenção à crise, mas ainda assim foram internados.

Ainda que o Jorge Vaz seja, em tese, um lugar destinado ao tratamento de pessoas com transtornos psiquiátricos em regime de internação, ele não pode ser considerado um hospital. Trata-se de instituição de custódia asilar onde a segurança prepondera, em detrimento dos cuidados à saúde.

Uma instituição total

Como aponta Erving Goffman (1999), as instituições, de modo geral, caracterizam-se, inevitavelmente, por uma tendência ao fechamento. Entretanto, constatamos que algumas instituições são mais fechadas do que outras. O caráter total de uma instituição é dado exatamente pelas barreiras que são colocadas em relação ao contato com o mundo externo, como portas fechadas e, sobretudo, por uma tendência ao que podemos nomear de autossuficiência, ao prescindir dos serviços ofertados externamente, já que portam a pretensão de abordar e tratar, de forma reducionista, todas as esferas da vida em um mesmo lugar.

Em uma instituição total, as atividades diárias são obrigatórias e padronizadas por uma organização burocrática que estabelece atividades, horários, inseridos num planejamento de vigilância e controle. No caso do manicômio Jorge Vaz, essa organização é preponderantemente uma atribuição da área de segurança.

Há que se notar que todo o sistema prisional responde a essa mesma lógica. Nesse contexto, a saúde é secundária, não é o foco do sistema. Com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), as equipes de saúde das unidades prisionais passaram a ser consideradas

como equipes de Unidade Básica de Saúde, sendo o trabalho limitado aos dias úteis e ao período diurno. Não há equipe de saúde e psicossocial nas unidades prisionais, incluindo o manicômio Jorge Vaz, no período noturno, feriados e finais de semana.

É importante destacar aqui que a PNAISP vem selar o caráter total das instituições prisionais, colocando-se na contramão da política nacional de saúde mental, que atua em rede visando sempre à inserção em tratamento no território de origem de cada sujeito.

O manicômio é regido pelas normas disciplinares do sistema prisional, o Regulamento e Normas de Procedimentos do Sistema Prisional de Minas Gerais (ReNP), documento normativo que se baseia, em parte, na Lei de Execuções Penais, além de estabelecer normas básicas de conduta e disciplina, preceituando direitos e deveres para os internos. À desobediência responde-se com o castigo.

Nas instituições totais, demanda-se a obediência dos internos, ações autônomas não são aceitas, o que as aproxima dos campos de concentração. Aliás, não é por acaso que Goffman coloca os manicômios e prisões ao lado dos campos de concentração, ao abordar as características das instituições totais. Há uma tendência a abolir, nesses espaços, toda forma de atividade ou expressão de autonomia, eliminando-se as contingências, bloqueando-se as possibilidades de invenção e o aparecimento do sujeito, requerendo-se obediência ao corpo de vigilância. Nesse sentido, radicaliza-se a objetificação, não há lugar para o sujeito.

A lógica de funcionamento dessa instituição poderia ser chamada de hospitocêntrica se o manicômio fosse um hospital. Mas não é! O manicômio passa ao largo do que seria um hospital, como mostra claramente o relatório *Em nome da loucura*. Torna-se muito claro que ele responde à lógica da segurança e não à da saúde.

Foram muitas as irregularidades violadoras de direitos encontradas na análise da situação do local. Não há profissionais de saúde suficientes, tampouco equipamentos e procedimentos de suma importância que deveriam ser realizados em um hospital, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde; não há projeto terapêutico institucional nem projeto terapêutico individual dos pacientes, que permanecem em celas com estrutura precária; refeições são feitas nas celas; pacientes debilitados fisicamente, por vezes idosos, são cuidados por outros pacientes; não há privacidade e respeito à intimidade, pois os banheiros não têm portas; mulheres não têm roupas íntimas, como calcinhas e sutiãs, e são submetidas a tratamento contraceptivo para

não menstruar; contenções são feitas pela equipe de segurança, e não pela equipe de saúde; pacientes em estado de agitação e perturbação psíquica são algemados nus em celas isoladas por longos períodos.

As condições encontradas no manicômio durante o mutirão levam a caracterizá-lo como uma instituição asilar, cuja existência é expressamente vedada pela Lei nº 10.216/2001, e sem as mínimas condições necessárias para receber pacientes judiciários para tratamento em regime de internação. A análise culmina com a recomendação de fechamento da porta de entrada do Jorge Vaz.

O relatório de 9 de julho de 2021

O segundo relatório aqui apresentado destaca os parâmetros que permitem avaliar as adequações realizadas no manicômio no sentido de ofertar tratamento ao sofrimento psíquico, pois até então se limitava a administrar medicação psiquiátrica e a manter o isolamento social das pessoas internadas. Fernanda Otoni Brisset aponta como necessário ao tratamento a oferta de recursos que possibilitem a apresentação da singularidade de cada um e ampliem os potenciais de sociabilidade.

Na inspeção de 9 de julho de 2021, verifica-se, dentre outros aspectos, que haviam sido desinternados 68 pacientes a partir da intervenção realizada no mutirão de 2020. Entretanto, a porta de entrada permaneceu aberta, em detrimento das inúmeras violações de direito encontradas em 2020 que não foram alteradas, apesar de ter sido recomendado e acordado o fechamento do Jorge Vaz.

Os novos pacientes foram internados após novembro de 2020, quando o trabalho do mutirão psicossocial foi concluído, para realização de perícias ou tratamento psiquiátrico temporário. A autora destaca que a internação realizada sem laudo médico circunstanciado que exponha os motivos e a necessidade de internação está em completo desacordo com a Lei nº 10.216/2001.

A visita de inspeção encontra, ainda, pacientes em tratamento temporário que permanecem em celas isoladas por anos, caracterizando um procedimento mortífero, que, ao retirá-los do convívio com outros, recrudesce o sofrimento e diminui a possibilidade de articulação simbólica pelo uso da linguagem, produzindo o silenciamento. Nas palavras da autora:

O isolamento social é, indiscutivelmente, fator que potencializa o sofrimento psíquico. Toda e qualquer prática que promova o cerceamento da palavra, do convívio e da circulação do ser entre pares e outros, que determine que o corpo se isole e se entregue ao silêncio, sem ouvir os ecos da expressão de sua existência, não favorece a expressão da saúde mental; ao avesso, provoca a expressão do inumano. (BRISSET, 2021/2023, p. 123).

As celas comuns permaneciam fechadas e os pacientes amontoavam-se nas grades, com urgência em falar e serem ouvidos. Não havia, circulando no local, auxiliares de enfermagem, mas somente inúmeros agentes penitenciários. A rotina do lugar em nada se aproximava da rotina de um hospital, mas dava a ver a continuidade da presença de um sistema de segurança robusto que controla o cotidiano da instituição.

Ainda que o Jorge Vaz seja um lugar destinado ao tratamento de pessoas com transtornos psiquiátricos em regime de internação, não houve movimento significativo no sentido de torná-lo um local de tratamento, e a segurança continuou preponderante, em detrimento dos cuidados à saúde.

Diante da constatação de que muito pouco havia sido alterado no funcionamento do manicômio, limitando-se ao modesto aumento do corpo técnico, e, em sua essência, a instituição permaneceu asilar, total, mortificante e violadora de direitos, o relatório é concluído com a recomendação de fechamento da porta de entrada para qualquer modalidade de internação, seja ela para realização de perícia, tratamento temporário ou cumprimento de medida de segurança.

Em meio ao caos, *Um princípio da desordem*

Num lugar comandado por normas disciplinares de segurança, a desordem se apresenta no corpo e na língua. De modo poético, Fernanda Otoni Brisset recolhe, no texto “Ventos de um morro uivante”, fragmentos de falas de pacientes internados no manicômio Jorge Vaz. São palavras soltas, “um falado sem corpo”, de onde a autora, sem recuo, busca extrair um saber.

Diante da presença da analista, de um corpo-Outro, localiza-se, na desordem, um intervalo, por onde pode se esboçar um prenúncio de montagem entre o inconsciente e a pulsão.

A autora esclarece, a partir da escuta dos pacientes, que a segregação dos corpos não favorece a política do sinthoma. Quando a lógica da segregação prevalece, esvazia-se o potencial de sociabilidade.

Nesse sentido, Lacan (1950/2003) concebe o discurso da psicanálise como um laço antissegregatório. Cada um poderá ser alojado nesse discurso, independentemente de sua escolha de gozo.

* * *

Neste momento, comemoramos a publicação e entrada em vigor da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça, que institui a política antimanicomial no Judiciário brasileiro. Estamos diante de um passo decisivo, rumo à extinção dos manicômios judiciários no Brasil.

Antes de passarmos à leitura dos relatórios e do texto, gostaria de finalizar com um pequeno trecho que salta do relatório *Em nome da loucura*, como uma orientação que desejamos continuar seguindo, em direção ao fechamento definitivo do manicômio judiciário de Barbacena:

As palavras que nos foram confiadas reverberam na redação deste relatório como um grito que vocifera a potência vivaz do ser falante e seu desejo de laço, forçando sua voz, à sua maneira, a atravessar os muros e ecoar no corpo daqueles que se encontram hoje em condições de deliberar a transformação necessária em nome da loucura de cada um. (BRISSET, 2020/2023, p. 94).

Vamos aos relatórios. Boa leitura!

Belo Horizonte, 18 de maio de 2023

Referências

BRISSET, Fernanda Otoni de Barros. *Relatório: em nome da loucura*. (2020). Belo Horizonte, *Revista Responsabilidades*, Edição Especial, agosto 2023.

BRISSET, Fernanda Otoni de Barros. *Relatório: visita 9 de julho*. (2021). Belo Horizonte, *Revista Responsabilidades*, Edição Especial, agosto 2023.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

LACAN, J. Premissas a todo desenvolvimento possível da criminologia. (1950). *In*:

LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 127-151.

RELATÓRIO

Em nome da loucura

Dos estudos psicossociais dos pacientes internos e das suas condições de tratamento, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Barbacena I - Jorge Vaz, na Comarca de Barbacena.

Belo Horizonte 16 de novembro de 2020

RELATÓRIO: *Em nome da loucura*^{1*}

Fernanda Otoni de Barros Brisset^{2**}

Conforme estabelecido na Portaria Conjunta nº 1.068/2020 (MINAS GERAIS, 2020b) (Anexo A), objetivando a elaboração de estudos psicossociais dos pacientes internos no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Barbacena I - Jorge Vaz, na Comarca de Barbacena, bem como angariar elementos sobre as condições de tratamento dos pacientes internados no local para subsidiar as ações do Grupo de Monitoramento e Fiscalização - GMF do Sistema Carcerário e Socioeducativo, no exercício das atribuições descritas no inciso V do art. 5º da Resolução do Conselho Nacional de Justiça – CNJ nº 96, de 27 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009a), passa-se a relatar o que se segue:

Preâmbulo

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Barbacena I – Jorge Vaz, situado na Comarca de Barbacena, foi criado pelo Decreto nº 7.471, de 31 de janeiro de

^{1*} Dos estudos psicossociais dos pacientes internos e das suas condições de tratamento, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Barbacena I - Jorge Vaz, na Comarca de Barbacena, preciso se faz destacar a contribuição e leitura, cada qual com seu grão, dos seguintes servidores do PAI-PJ e de outras instituições públicas de saúde participaram com seu trabalho de campo para construção deste relatório: André Teixeira de Carvalho (Médico Psiquiatra/PAI-PJ); Ana Paula Villela (Técnica Judiciária//PAI-PJ); Fernanda Otoni de Barros Brisset (Coordenadora Técnica/PAI-PJ); Franco Magalhães Sant'Anna (Médico Psiquiatra/PBH); Josiane Assis de Boucherville (Psicóloga/PAI-PJ); Kelen Cristina Silva (Assistente Social Judicial/PAI-PJ); Liliane Camargos (Psicóloga Judicial/PAI-PJ); Márcia da Silva Anunciação Lazarino (Assistente Social Judicial/PAI-PJ); Marina Lúcia Araújo Alló Martelleto (Oficial de Apoio Judicial/PAI-PJ); Romina Moreira Magalhães Gomes (Psicóloga Judicial/PAI-PJ); Rosângela Dell Amore Dias Scarpelli (Oficial Judiciário/PAI-PJ); Rosani de Lourdes Brandão Campos (Psicóloga/PAI-PJ); Vanessa de Oliveira Bezerra (Médica de Saúde da Família e Residente em Psiquiatria/Hospital Metropolitano Odilon Behrens).

^{2**} Fundadora e atual Diretora Clínica do PAI-PJ. À época da elaboração deste relatório, Coordenadora Técnica do PAI-PJ.

1927 (MINAS GERAIS, 1927), que aprovou o regulamento da assistência a alienados de Minas Gerais, e inaugurado em 15 de junho de 1929, sob o nome de Manicômio Judiciário de Barbacena. Em 1956, foi denominado Manicômio Judiciário Jorge Vaz, e, em 1987, recebeu o nome de Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, conforme consta no *site* da Secretaria de Justiça e Segurança Pública (Sejusp). Durante o tempo desta ação, soubemos, pela equipe psicossocial do Hospital, que, em 2020, a instituição recebeu novo nome: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Barbacena I – Jorge Vaz, cuja sigla é HCTP-BBC-I-“JV”.

A função desse estabelecimento do Estado de Minas Gerais, inaugurado antes do advento da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) — que organiza e regula o campo do tratamento de pessoas em situação de sofrimento psíquico —, é executar o dever do Estado em prover o tratamento de pessoas em cumprimento de medida de segurança de internação. Essas pessoas, no curso do devido processo, foram consideradas inimputáveis após instauração pelo Juiz competente do incidente de insanidade mental.

Previsto nos art. 149 a 154 do Código de Processo Penal (CPP) (BRASIL, 1941), o incidente de insanidade mental é instaurado sempre que houver alegação de que a pessoa acusada, à época do ato praticado, estava em situação de sofrimento psíquico, ou seja, apresentava quadro clínico compatível com o que se nomeia no campo da medicina psiquiátrica e da saúde mental como “doença psíquica” ou “retardo mental”. (BRASIL, 2018). Quando a pessoa é considerada inimputável, conforme legislação vigente, ela não pode ser punida de acordo com o processo de execução penal. Ela será isenta de pena e submetida a uma medida de segurança. Dito de outra forma, a pessoa não será penalizada e deverá ser encaminhada ao tratamento, na modalidade de internação ou ambulatorial, para restabelecimento de sua saúde e convívio social consoante as coordenadas de sua condição singular e a legislação vigente.

Dos antecedentes da Lei nº 10.216/2001

Na segunda metade do século XX, a maioria dos países ocidentais, inclusive o Brasil, promoveu uma intensa crítica e mobilização para a transformação das instituições totais, entre elas as psiquiátricas. Essas instituições asilares guardavam pessoas em condições desumanas, sem tratamento digno, segregadas da sociedade e do acesso

à vida familiar, ao convívio social e ao gozo de seus direitos. Alguns autores — entre eles Michel Foucault, em obras como *História da loucura* (1961), *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão* (1973), *Os anormais* (1974) — pavimentaram o caminho para a mudança necessária do discurso e da prática nesse campo.

Esse movimento teve início na Itália, a partir da iniciativa de Franco Basaglia, e promoveu uma mudança substancial na forma de pensar a prática institucional com os “doentes mentais”, em todo o mundo, sublinhando a imperiosa necessidade de serem tratados com dignidade e sem violação de seus direitos fundamentais em espaços abertos e comunitários. Na mesma época, por meio do ensino do psiquiatra Jacques Lacan, na França, surge outro movimento, aquele responsável por sustentar outra forma no modo de operar com a clínica da psicose, colocando o saber do sujeito como a bússola da direção do tratamento. A loucura se revela irreduzível à condição humana, e a psicose não se reduz à expressão de uma doença mental, mas uma lógica de amarração subjetiva, entre outras lógicas próprias ao ser falante, e que pode, às vezes, desamarrear-se e desencadear uma crise, configurando uma situação de sofrimento que exige tratamento. Todavia, o ser falante é portador de um saber sobre o seu sofrimento e das coordenadas para seu tratamento, cabendo àquele que o acompanha segui-lo, como um “secretário do alienado” durante seu trabalho de construção de uma solução que restaure sua conexão ao laço social. O ensino de Jacques Lacan foi fundamental para a formação clínica dos profissionais ligados à saúde e que trabalhavam em rede no acompanhamento dos casos de saúde mental na cidade aberta, favorecendo a resposta de laço social junto a mais alguns outros. Junta-se a esses dois movimentos, político e clínico, um terceiro: o avanço das pesquisas no campo da psicofarmacologia.

Desse fôlego da história, nasceu o movimento da Luta Antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica, propondo a construção de uma rede de serviços e estratégias comunitárias, com acento na dimensão solidária, inclusiva, atenta a dar cabimento à solução de sociabilidade de cada um, apesar da sua loucura: uma proposta substitutiva ao confinamento perpétuo nas instituições asilares.

Por meio de reuniões mobilizadas de trabalhadores e familiares das pessoas designadas como portadoras de transtornos mentais, o movimento da reforma se inscreveu no contexto histórico da redemocratização no Brasil. Em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas, que indicou a reestruturação da assistência

psiquiátrica. Em 2000, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais - TJMG, colocando-se à altura de sua época, deu início à experiência do Programa de Atenção Integral aos Pacientes Judiciários (PAI-PJ), idealizado pela psicóloga judicial Fernanda Otoni de Barros Brisset (BRISSET, 2010), cuja iniciativa propôs aplicar aos pacientes judiciários³ os princípios da reforma ao tratamento jurisdicional preferencialmente, na rede aberta e comunitária da cidade de Belo Horizonte, seguindo as soluções *sinthomáticas*⁴ apresentadas no curso do seu acompanhamento psicossocial. Em 2001, foi aprovada, depois de 20 anos de intensa mobilização, a Lei Federal nº 10.216, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, regulamentando o cuidado a essas pessoas em âmbito nacional.

Do marco da Lei nº 10.216/2001

A Lei federal de 6 de abril de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conforme destaca, em seu art. 1º: “[...] sem qualquer discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra”. (BRASIL, 2001).

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental, assegurados pelo art. 2º, parágrafo único, dessa lei:

ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser

³ Designa-se por paciente judiciário uma pessoa que, em situação de sofrimento psíquico, passou ao ato designado crime e responde judicialmente por isso.

⁴ Designa-se por solução sinthomática a solução de laço social que porta o detalhe singular do sujeito, sendo a introdução do “h” uma forma de expressão dessa marca irreduzível a cada um. (LACAN, 1975-1976/2007).

protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL 2001).

Desde então, a internação de pacientes em situação de sofrimento psíquico tornou-se uma excepcionalidade, devendo acontecer, só e tão somente, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Quando necessária a internação, o tratamento deve ser estruturado de modo a oferecer assistência integral, de forma interdisciplinar e tendo como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu território, sendo vedada, expressamente, nos termos da lei, a internação em instituições com características asilares, desprovidas de recursos como serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, de lazer, assistência social, entre outros, e que não assegurem os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001).

Tais disposições normativas exigem que o Código Penal (BRASIL, 1940) e a Execução Penal (BRASIL, 1984) sejam lidos à luz da nova lei. Isso porque a Lei nº 10.216, de 2001, passa a integrar a interpretação do fundamento da aplicação da medida de segurança, impreterivelmente, porque ela reflete os valores constitucionais (1988), principalmente o art. 5º, incisos III e XLVII, que se revelam essenciais para concretizar o princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, III) e princípio matriz do arcabouço normativo internacional que assegura os direitos humanos. (BRASIL, 1988)

Da excepcionalidade da aplicação da medida de internação

De acordo com o novo modelo assistencial em saúde mental prescrito pela Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), o tratamento das pessoas em situação de sofrimento mental não mais guarda qualquer relação com as disposições normativas que estão

insertas nos art. 97 e 99 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), uma vez que a nova lei veda toda e qualquer internação sem indicação clínica referida ao momento atual do paciente. A determinação de um tratamento na modalidade da internação só se justifica se, no tempo da expedição da guia para cumprir sua internação, o paciente estiver em uma situação clínica de crise que dela necessite e os serviços extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Essa exigência normativa requer um trabalho precípua entre a autoridade judicial e a equipe interdisciplinar que acompanha o paciente judiciário no contemporâneo de seu tratamento.⁵ Portanto, a internação, qualquer que seja, inclusive aquelas determinadas judicialmente, só deve ocorrer segundo os critérios clínicos fundamentados que a justifiquem, vedada a internação em instituição com característica asilar, entendendo por asilar mesmo uma instituição hospitalar, se a internação nela se estender além do tempo necessário ao tratamento da crise.

O prolongamento da medida de internação, seja ela uma medida determinada judicialmente ou não, ao estender-se para além do tempo necessário para estabilização do quadro clínico do paciente, através de sua amarração subjetiva, de forma geral, produz o agravamento do sofrimento e o esgarçamento dos laços sociais, enrijecendo os sintomas do adoecimento psíquico: perda progressiva da articulação simbólica, autonomia e crítica, além de debilitar a saúde clínica geral do paciente em decorrência de sua contenção em ambiente asilar, fechado, com restrições para o desdobramento vital de seu potencial físico, social e, por efeito, psíquico. Tal situação não encontra respaldo legal, após a publicação da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), posteriormente reforçada pela Convenção Internacional de Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto Federal nº 6.949/2009 (BRASIL, 2009b), que, no Brasil, vige com *status* constitucional, nos termos do art. 5º, § 3º, da Constituição da República.

⁵ Segundo Rosângela Scarpelli, “o ‘desencontro’ entre a prática clínica, a prestação de cuidados e os relatórios, bem como os laudos juntados ao processo, por vezes, em decorrência do decurso do tempo para análise e decisão, impossibilita o conhecimento pelo Juiz das atuais condições em que o paciente se encontra. Em decorrência desse descompasso, presente a necessidade de maior interlocução entre discurso jurídico com o psicoterapêutico, observando contemporaneidade entre ambos. A adequação entre o tempo da decisão, da elaboração dos laudos e a atualidade da situação em que se encontra o paciente possibilitará a efetividade e atualidade de um tratamento singular e contemporâneo ao caso.” (Doc. inédito/2020).

Por efeito, a medida de segurança, quando determinada judicialmente como uma medida obrigatória por força de sentença penal, se o for na modalidade de internação, deve estar de acordo com o que preconiza a atual legislação sobre o tratamento em saúde mental, ou seja, é uma excepcionalidade. Ela só pode ocorrer por estrita prescrição e critérios clínicos, circunscrita ao momento atual do paciente, consubstanciada por relatório interdisciplinar, médico e psicossocial, ter sua duração determinada pelo tempo necessário de atenção à crise quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, visando, de modo permanente, a ampliar os recursos de laço social do sujeito para sua reinserção social.

Sobre o assunto, dissertam o Ministério Público Federal e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão no *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001*:

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

Nesse novo contexto, sobressai a responsabilidade da autoridade penitenciária, do juiz e do órgão do Ministério Público, pessoas que devem fazer valer as disposições afetas à Lei nº 10.216/2001, zelando pelo efetivo respeito aos direitos e à dignidade da pessoa com transtornos mentais submetida à medida de segurança, sob pena de, não o fazendo, responder criminalmente pela conduta, mesmo que omissiva. (BRASIL, 2011).

Na mesma direção, determina o Conselho Nacional de Justiça, por meio da Resolução nº 113/2010: “Art. 17. O juiz competente para a execução da medida de

segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001” (BRASIL, 2010), e, de igual teor, a Recomendação nº 35, de 2011 do CNJ, que enfatiza, em seu primeiro inciso: “I - na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto.” (BRASIL, 2011).

Portanto, a internação é uma excepcionalidade, porque sua manutenção sem prescrição clínica e psicossocial fundamentada sobre a sua necessidade perpetua e cristaliza uma condição de vida desumana, através de processos reiterativos de mortificação da subjetividade, atrofia do corpo e da vida, segregação social e violação sistemática de direitos fundamentais. A internação é um ato excepcional e é dever do poder público garantir a todo e qualquer cidadão, sem discriminação, que assim seja.

A pessoa em situação de sofrimento psíquico não se reduz à doença, não é um objeto a ser guardado, silenciado e vigiado. Assim, além do suposto “doente mental”, existe, ainda, um sujeito de necessidades, desejos e direitos. O tratamento, portanto, deve seguir o potencial de sociabilidade do próprio sujeito, suas soluções singulares de enlaçamento social na família (se houver), no trabalho, na cultura e na comunidade, conforme determinam as diretrizes das diversas disposições normativas sobre o tema. A garantia da acessibilidade à saúde como um direito para todos só se alcança ao considerar o traço singular que configura a loucura de cada um. A dignidade da pessoa humana, extraída da Constituição Federal e das normas internacionais de direitos humanos, depende da proteção e da garantia dos direitos fundamentais.

* * *

Isso posto, o TJMG, com base nas disposições normativas em vigor e recomendações do CNJ, considerando o disposto no inciso V do art. 5º da Resolução do CNJ nº 96, de 27 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009a), que elenca, entre as atribuições do GMF, a de “acompanhar e propor soluções em face das irregularidades verificadas nos mutirões carcerários e nas inspeções em estabelecimentos penais, inclusive Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Delegacias Públicas” (BRASIL, 2009a); considerando a inspeção realizada no Hospital de Custódia e Tratamento de Barbacena, pela

Coordenação do GMF, com o apoio da Coordenação do PAI-PJ, no dia 25 de setembro de 2020, em ato conjunto do Presidente do Tribunal de Justiça, da Coordenadora Geral do PAI-PJ e do Supervisor do GMF, determinou, no dia 13 de outubro de 2020, através da Portaria Conjunta nº 1.068/2020/TJMG (MINAS GERAIS, 2020b), a realização de estudo psicossocial dos pacientes do HCTP-BBC-I-“JV”.

Dos antecedentes da determinação

Entre 20 e 27 de julho de 2020, a Exma. Juíza da Vara de Execução Criminal da Comarca de Barbacena comunicou ao GMF/TJMG o não cumprimento de alvará de soltura de três pacientes judiciários, internados no HCTP-BBC-I-“JV”.

O Supervisor do GMF encaminhou o expediente para manifestação da Coordenação Técnica do PAI-PJ. Esta, além de informar sobre a situação dos três pacientes em tela, informou que se encontram internados no HCTP-BBC-I-“JV” 13 pacientes judiciários com cessação de periculosidade ou indulto concedido, todos dependentes de vaga em residência terapêutica, com determinação de desinternação ou alvará de soltura expedidos pela autoridade judicial. Todavia, eles ainda permanecem na unidade prisional. Informou-se, sobretudo, que a situação daqueles três pacientes não é uma exceção:

[...] representa, infelizmente, situação paradigmática em que se encontram os pacientes judiciários segregados em instituições totais. Ao perder seus vínculos sociais, num só golpe, perdem a acessibilidade aos recursos para sustentar sua própria vida de maneira autônoma e sustentável. Tornam-se dependentes do Estado em função da ruptura de seus laços com a sociedade. Quando passam a reaver seu direito de viver em liberdade, encontram-se despidos dos seus bens afetivos e materiais, presos à precariedade e ao desamparo. Promover as condições para sua reabilitação social torna-se necessário. Ações e discussões com os atores políticos pertinentes para fomentar e instalar uma política sustentável de atenção integral a esses cidadãos, indiscutivelmente, integram o espectro das funções de responsabilidade do Estado. (Extrato da informação prestada pela Coordenação Técnica do PAI-PJ).

Como consequência, a Coordenação Geral do PAI-PJ, em associação com a Supervisão do GMF, levou o “Relatório dos Treze” ao conhecimento do Presidente. Este determinou que, de pronto, fosse iniciada a articulação necessária, junto aos órgãos competentes. Mais ainda, o Presidente empenhou-se, pessoalmente, em conjunto com as coordenações do PAI-PJ e do GMF, em mobilizar os agentes públicos responsáveis para a construção de uma solução quanto à inserção desses pacientes na política dos serviços residenciais terapêuticos do município de Belo Horizonte e em outros municípios do Estado, de forma geral. Em seguida, uma inspeção foi realizada no HCTP-BBC-I-“JV” pela Coordenação do GMF, com o apoio da Coordenação do PAI-PJ, no dia 25 de setembro de 2020.⁶

Esse conjunto de ações, em movimento, culminou na publicação da Portaria Conjunta da Presidência do TJMG nº 1.068, do dia 13 de outubro de 2020 (MINAS GERAIS, 2020b), que determinou a realização de elaboração de estudos psicossociais dos pacientes do HCTP-BBC-I-“JV”, entre os dias 19 e 30 de outubro de 2020, considerando promover a atenção integral ao paciente judiciário no cumprimento das medidas de segurança, nos termos do disposto no art. 99 do Código Penal (BRASIL, 1940) c/c art. 4º, § 2º, da Lei federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), e angariar elementos sobre as condições de tratamento dos pacientes internados no local para subsidiar as ações do GMF no exercício das atribuições descritas no inciso V do art. 5º da Resolução do CNJ nº 96/2009 (BRASIL, 2009a).⁷

⁶ A inspeção foi precedida de visita guiada ao Museu da Loucura, bem como a uma residência terapêutica do município de Barbacena, acompanhada respectivamente pela Curadoria do Museu e pela Coordenação do Caps e dos Serviços Residenciais Terapêuticos, ocasionando aos magistrados base de análise histórica e norte da bússola quanto ao horizonte desejável para os pacientes. Estes foram visitados em seguida, mas ainda internados no Hospital de Custódia daquela cidade.

⁷ É fundamental sublinhar a presença decidida no acompanhamento da realização deste estudo, com apoio e orientação diuturnos no curso dos trabalhos, da Exma. Desembargadora Márcia Milanez, Coordenadora Geral do PAI-PJ, e do Exmo. Juiz Luís Fernando Nigro Corrêa, Coordenador Executivo do PAI-PJ, os quais, em associação com o Exmo. Desembargador Júlio Gutierrez, Supervisor do GMF, conduziram a tramitação institucional deste feito em ato conjunto com o Desembargador Gilson Soares Lemes, Presidente do TJMG, cuja determinação, clareza e irredutibilidade quanto ao dever do poder público em atenção ao paciente judiciário proporcionaram esta ação, sem medir esforços e os recursos necessários para viabilizar o acesso aos elementos que dão corpo a este relatório visando subsidiar as ações do GMF no exercício das suas atribuições.

Para cumprir o determinado, constituiu-se uma equipe de trabalho composta por três médicos psiquiatras e três psicólogos, sob a coordenação da Coordenação técnica do PAI-PJ, a qual se dirigiu ao Hospital no período determinado para realizar a avaliação de cada paciente e apresentar um relatório, na forma de um parecer interdisciplinar como resultado dos estudos psicossociais realizados. Os pareceres elaborados, que constam em documentação específica,⁸ após manifestação superior, serão apresentados ao respectivo juízo em que tramitam as medidas de segurança, cumprindo a atribuição de assessorar a Justiça de Primeira Instância, de acordo com o disposto no art. 6º da Resolução do Órgão Especial nº 925, de 24 de junho de 2020. (MINAS GERAIS, 2020a).

Foi determinado, ainda, à Coordenadora Técnica do PAI-PJ, responsável pela coordenação dos trabalhos, ao seu término, apresentar relatório ao PAI-PJ e ao GMF, contendo:

- I - descrição de todas as ações realizadas durante o período dos estudos;
- II - dados sobre os estudos psicossociais realizados, inclusive sobre quantitativo de casos em que a desinternação se mostrou indicada;
- III - detalhamento das condições de tratamento existentes no local;
- IV - outros elementos que entenda relevantes.

Conforme o solicitado, segue o relatório.

⁸ Designam-se como “documentação específica ou documento específico”, no texto aqui publicado, os documentos entregues como anexos às autoridades competentes, juntados ao relatório *Em nome da loucura*, mas foram extraídos do conjunto desta publicação, por constarem neles dados pessoais e/ou informações das pessoas internadas na instituição, por ocasião dessa ação.

Descritivo de todas as ações realizadas durante o período dos estudos

- Inicialmente, foi solicitada à Direção do HCTP-BBC-I-“JV” a relação dos pacientes judiciários cumprindo medida de segurança de internação naquele estabelecimento;
- Durante os dias 13 a 16 de outubro, foi realizado, nas dependências do HCTP-BBC-I-“JV”, estudo dos autos processuais e da evolução registrada no prontuário clínico dos pacientes judiciários relacionados, referente aos últimos anos;
- Concomitantemente, a partir do dia 13 de outubro, uma equipe volante de assistentes sociais do PAI-PJ, por telefone ou presencialmente, dirigiu-se à região de origem dos pacientes para o exame da situação social, entrevistas com familiares e técnicos da rede de assistência local, onde não havia Núcleo Regional do PAI-PJ instalado;
- As equipes interdisciplinares dos Núcleos Regionais do PAI-PJ informaram, via relatórios, a situação social dos pacientes em cuja cidade de origem havia um núcleo do PAI-PJ instalado;
- Posteriormente, entre os dias 19 e 29 de outubro, das 8 às 13 horas, aproximadamente, os pacientes relacionados foram atendidos e examinados por equipe composta por médico psiquiatra e psicólogo, para verificação das condições atuais do estado clínico e psíquico, com especial atenção às coordenadas sintomáticas de sua posição subjetiva. Foram formadas três equipes para essa função;
- Simultaneamente, entre os dias 19 e 29 de outubro, no período vespertino, as informações e impressões recolhidas seguiram para uma conversa, em comissão interdisciplinar e interinstitucional, para avaliação da cessação da necessidade excepcional da internação e elaboração de projeto terapêutico consoante com o detalhe do caso, sua singularidade clínica e psicossocial, recomendando a promoção do seu tratamento segundo as diretrizes nacionais de assistência à saúde mental, conforme disposto na Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001);

- Além dos três médicos psiquiatras e três psicólogos que atenderam os pacientes, convidamos, para integrar essa comissão de discussão clínica e psicossocial dos casos, a diretora de atendimento, os dois psicólogos, as duas assistentes sociais e a técnica responsável pela gerência de produção do HCTP-BBC-I-“JV”, além da assistente social da DPJ/Sejusp. Foi ouvido também, a cada dia de conversação sobre os casos, um dos agentes de segurança que estava de plantão e tinha conhecimento dos pacientes no convívio cotidiano.
- Durante as reuniões da comissão, os servidores do Hospital apresentaram sua leitura e entendimento sobre o funcionamento da instituição, bem como as dificuldades e possibilidades encontradas quanto ao tratamento dos pacientes judiciários naquela instituição, do ponto de vista da equipe psicossocial daquela unidade.
- A partir do dia 19 de outubro, o Núcleo Supervisor do PAI-PJ, com a colaboração de servidores do Núcleo Regional do PAI-PJ em Belo Horizonte, iniciou o processo de confecção dos pareceres interdisciplinares individuais de cada um dos pacientes judiciários relacionados a partir das informações que foram sendo enviadas sobre as entrevistas e discussões realizadas na comissão;
- Nos dias 28, 29 e 30, depois da finalização dos atendimentos pelas equipes e das discussões na comissão, foram realizadas entrevistas para detalhamento do funcionamento e das condições de tratamento do paciente judiciário existentes no local, considerando as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria na rede pública do Sistema Único de Saúde;
- Dia 13, ao chegar: conversa inicial com o Diretor Geral do HCTP-BBC-I-“JV”, para exposição da proposta e alinhamento quanto ao funcionamento dos trabalhos.
- Dia 16: conversa com o responsável pela segurança para esclarecimentos acerca da necessidade do uso de algema durante o atendimento dos pacientes. Foi gerada uma lista do mapa carcerário pelo Chefe da Segurança, conforme relacionado em documentação específica.

- Dia 20: conversa com o Diretor Geral e com a Médica Perita do Hospital.
- Dia 27: reunião do Núcleo Coordenador do PAI-PJ, com o Sub-Secretário da Sejus, o Diretor e a Coordenadora da DPJ/SEJUSP e o Diretor do HCTP-BBC-I-“JV”, acompanhados pelo Chefe de Segurança da 13ª RISP e agentes de segurança. Após a reunião, visita às instalações da unidade.
- Dia 28: reunião on-line da comissão com a Coordenação municipal de saúde mental e com a Coordenadora do CAPS de Barbacena, durante a reunião de equipe, para apresentação do trabalho realizado, até então, pela comissão e discussão da proposta de integração da rede substitutiva ao projeto terapêutico dos pacientes internos no HCTP-BBC-I-“JV” e que ainda necessitam de atenção integral devido à situação de crise em que se encontram.
- Dia 28: conversa com o Diretor de Segurança da 13ª RISP e o serviço de inteligência da unidade.
- Dia 29: registro fotográfico das instalações da unidade, com o apoio do serviço de inteligência.
- A visita foi interrompida devido à ocorrência de contenção de um paciente em crise de agitação autoagressiva.
- Dia 29: entrevistas com o médico clínico.
- Dia 29: entrevista com a enfermeira e com o auxiliar de enfermagem.
- Dia 29: entrevista com a auxiliar de procedimentos odontológicos.
- Dia 29: conversa com a farmacêutica.
- Dia 29: entrevista de finalização com o Diretor Geral.
- Dia 30: entrevista de finalização com a Diretora de Atendimento.
- Dia 30: finalização do registro fotográfico e dos trabalhos.

Dados sobre os estudos psicossociais realizados

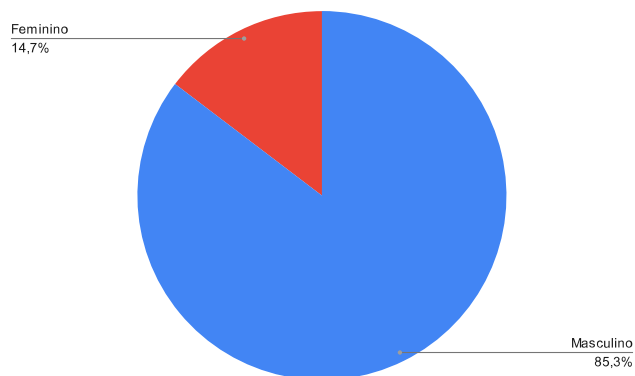
A relação de casos cumprindo medida de internação (7/10/2020) apresentada pela DPJ/SEJUSP para a realização dos estudos contém o nome de 116 pacientes judiciários, conforme relacionado em documentação específica:

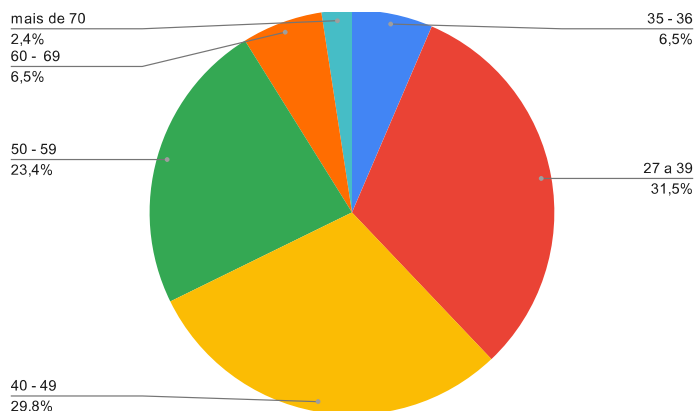
- 13 desses com alvará e ordem de desinternação, mantidos de forma irregular dentro da unidade por necessidade de solução residencial;
- 13 cumprindo medida de segurança de internação, com resultado do laudo pericial indicando a cessação da periculosidade, aguardando a decisão judicial;
- Três pacientes foram desinternados durante o período da realização dos trabalhos;
- 87 pacientes cumprindo medida de segurança de internação no HCTPBBC-I-JV.

Dos dados gerais

Dos 116 pacientes judiciários, 99 pacientes foram classificados na listagem como do sexo masculino e 17 como do sexo feminino, a grande maioria negra, muitos deles trabalhadores da zona rural.

A idade dos pacientes varia de 27 a 79 anos, da seguinte forma: 39 pacientes têm a idade entre 27 e 39 anos; 37 pacientes, entre 40 e 49 anos; 29 pacientes, entre 50 e 59 anos; oito, entre 60 e 69 anos; e três, com mais de 70 anos.

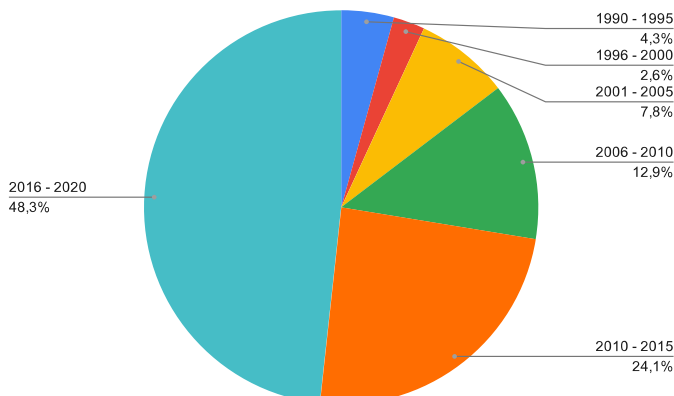




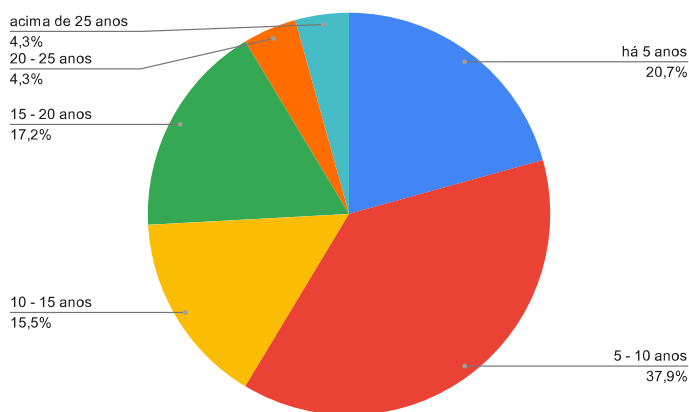
Quanto às informações sobre a admissão para cumprimento da medida de segurança, destaca-se que, nos registros, consta a data em que foram admitidos como sendo a “última admissão”, pois muitos deles ficam presos em unidades prisionais, vão para “tratamento psiquiátrico temporário” ou para realização de laudo pericial.

Assim que há uma melhora do quadro ou termina a perícia à qual foram submetidos, retornam para o presídio, só sendo considerados “internados” para cumprir a medida de segurança no Hospital quando seus nomes são publicados para ocupar a vaga de internação. Enquanto a vaga não é publicada, o paciente aguarda preso ou em liberdade, com seu nome compondo uma lista de espera.

Cinco pacientes foram admitidos para internação no Hospital entre 1990-1995, três pacientes, entre 1996-2000, nove pacientes, entre 2001-2005, 15 pacientes, entre 2006-2010, 28 pacientes, entre 2010-2015, e 56 pacientes, após 2016.



Entretanto, 68 pacientes judiciários, antes de serem internados, estavam na prisão, sendo que o tempo total de privação de liberdade, contando tempo anterior na prisão e tempo de internação no HCTP-BBC-I-”JV”, mostra que 24 pacientes estão privados de liberdade há cinco anos, 44 pacientes, acima de cinco anos, 18 pacientes, acima de 10 anos, 20 pacientes, acima de 15 anos, cinco pacientes, acima de 20 anos, e cinco pacientes, acima de 25 anos.

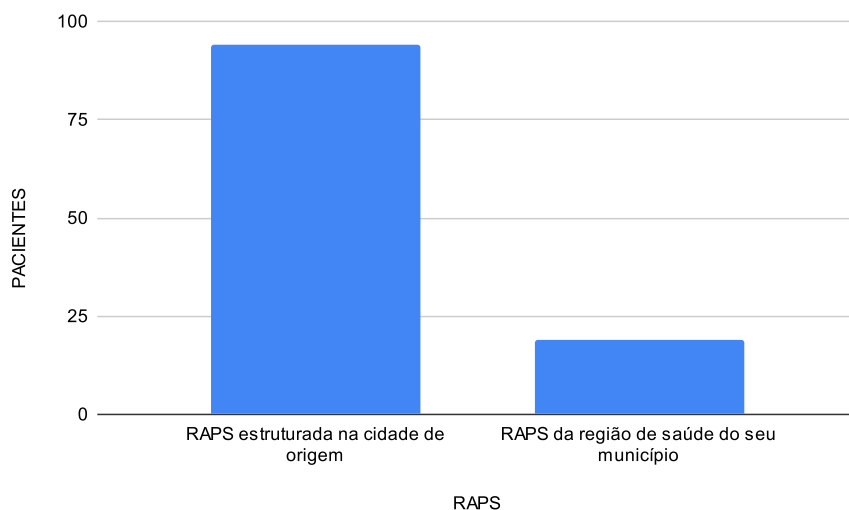


48 pacientes não estavam presos quando foram internados no Hospital de Custódia. Se não estavam presos, provavelmente estavam em liberdade quando saiu a publicação do seu nome para cumprimento da medida de segurança de internação, sendo conduzidos para executar a determinação. Desse contingente, podemos afirmar que nove estavam em acompanhamento regular de seu tratamento na rede pública de saúde, cumprindo medida ambulatorial quando foram conduzidos para internação.

Durante as entrevistas com os pacientes, com a equipe psicossocial do Hospital e com os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial - Raps, chama a atenção, no caso daqueles que cumpriam tratamento de modo ambulatorial, que estavam sendo acompanhados em seu tratamento de forma que os recursos extra-hospitalares se mostravam eficientes e, sem necessidade clínica que justificasse essa medida, mesmo assim, foram submetidos a uma internação. A determinação de uma medida de internação deve ser uma exceção, conforme reza a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001). Em alguns casos, a Raps da cidade de origem do paciente manifestou-se de forma favorável à continuidade do tratamento na forma ambulatorial, mas, ao contrário do que determina a lei, a medida excepcional da internação foi a regra.

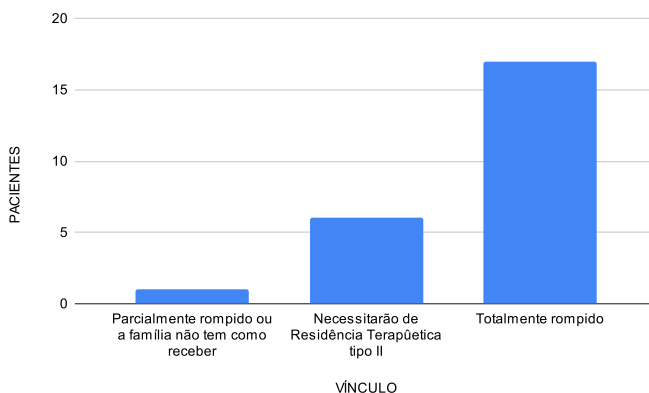
Dos dados sociais

Quanto à Raps, dos 113 pacientes que estavam internados no Hospital, foi possível constatar que 94 pacientes contam, em sua cidade de origem, com uma Raps bem estabelecida, com o dispositivo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, que inclui atenção à crise, além do apoio de equipes do Programa de Saúde da Família - PSF, do Centro de Referência em Assistência Social - CRAS e do Centro Especializado em Assistência Social - CREAS. Outros 19 pacientes contam com a Raps da região de saúde do seu município para atenção à crise, pois, na cidade onde moram, o tratamento em saúde mental é realizado pela Atenção Básica, por meio do PSF, que encaminha os pacientes, quando necessário, para os serviços especializados dos municípios de referência.



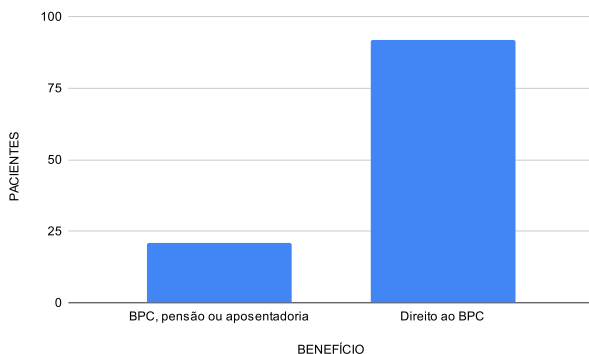
Dos 113 pacientes relacionados, foram avaliados 100 pacientes, considerando que 13 deles tiveram solução jurídica definida, anterior a esta ação, com indicação de moradia em serviço residencial terapêutico, por seus vínculos sociais de origem estarem rompidos. Dos 100 outros, 17 encontram-se com seus vínculos familiares totalmente rompidos, outros (1) têm vínculos familiares parcialmente rompidos ou têm famílias sem condições de acolhimento devido à situação de vulnerabilidade social em que se encontram, seja material ou psíquica. Em outros seis casos, devido à

sua situação gravemente debilitada, o paciente necessitará seguir sob cuidados especializados quando da sua desinternação, precisando de uma residência com cuidados de maior complexidade, referida no Ministério da Saúde como residência terapêutica tipo II.



O total de pacientes com vínculos totalmente rompidos, neste gráfico, inclui, além dos 17 casos avaliados durante esta ação, os 13 casos do “Relatório dos Treze”, que não foram objeto da análise deste estudo, pois já haviam sido anteriormente. Somam, ao total, 30 casos com vínculos totalmente rompidos. A base de referência para esta tabela foram todos os 113 casos internados no Hospital, no decorrer do presente estudo, e que apresentaram necessidade social de moradia.

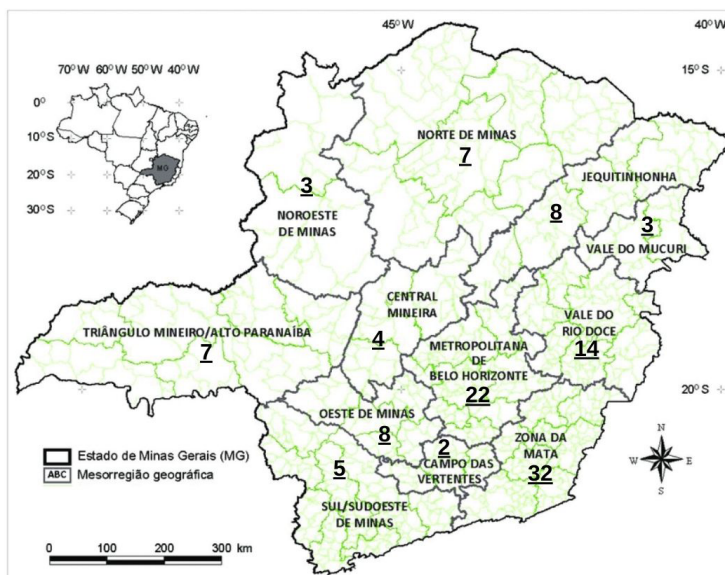
Dos pacientes, 113 relacionados, 21 recebem benefícios previdenciários (BPC, aposentadoria ou pensão), outros 92 têm direito de requerer o BPC junto à Previdência Social. Todos têm direito ao benefício “de volta pra casa”, desde que tenham mais de 24 meses de institucionalização no HCTP-BBC-I-“JV”. Porém, só depois da desinternação, podem requerer tais benefícios.



Recebem BPC, pensão ou aposentadoria

Direito ao BPC

Dos dados quanto às mesorregiões de Minas Gerais para referência de articulação da rede assistencial dos 116 pacientes relacionados



Observação: 1 paciente não está contemplando, pois a sua cidade origem é o município de Santos (SP).

Mesorregiões de Minas Gerais	Pacientes oriundos de tais mesorregiões	Municípios
Noroeste de Minas	3	Arinos (1) João Pinheiro (1) Unaí (1)
Norte de Minas	7	Janaúba (1) Januária (1) Manga (2) Montes Claros (1) Porteirinha (1) Taiobeiras (1)
Jequitinhonha	8	Araçuaí (1) Coronel Murta (1) Felisburgo (1) Jequitinhonha (2) Medina (1) Novo Cruzeiro (1) Virgem da Lapa (1)
Vale do Mucuri	3	Águas Formosas (1) Malacacheta (1) Nanuque (1)
Triângulo Mineiro e Alto Parnaíba	7	Araguari (1) Ibiá (1) Ituiutaba (1) Iturama (1) Lagoa Formosa (1) Patrocínio (1) Uberaba (1)
Central Mineira	4	Abaeté (1) Morro da Garça (1) Pompéu (1) Três Marias (1)
Metropolitana de Belo Horizonte	22	Barão de Cocais (1) Belo Horizonte (8) Bom Jesus do Amparo (1) Conselheiro Lafaiete (2) Contagem (1) Lagoa Santa (1)

Mesorregiões de Minas Gerais	Pacientes oriundos de tais mesorregiões	Municípios
Metropolitana de Belo Horizonte	22	Santana dos Montes (1) São Domingos do Prata (1) São José da Lapa (1) Serro (2) Vespasiano (1)
Vale do Rio Doce	14	Aimorés (1) Conselheiro Pena (1) Coroaci (1) Coronel Fabriciano (3) Governador Valadares (3) Ipatinga (1) Itambacuri (1) Peçanha (1) Santa Efigênia de Minas (1) São Sebastião do Anta (1)
Oeste de Minas	8	Campo Belo (1) Divinópolis (2) Ibituruna (1) Oliveira (2) Passa Tempo (1) Piumhi (1)
Sul e Sudoeste de Minas	5	Campo do Meio (1) Caxambu (1) Elói Mendes (1) Machado (1) Ouro Fino (1)
Campo das Vertentes	2	Ritópolis (1) São João del-Rei (1)
Zona da Mata	32	
Zona da Mata	32	Abre Campo-Granada (1) Alto Rio Doce (1) Carangola (1) Divino (2)Goianá (1) Guiricema (1)

Mesorregiões de Minas Gerais	Pacientes oriundos de tais mesorregiões	Municípios
Zona da Mata	32	Juiz de Fora (11) Maripá de Minas (1) Muriaé (2) Porto Firme (1) Raul Soares (1) Recreio (1) Rio Casca (1) Rio Espera (1) São Francisco da Glória (1) São Miguel do Anta (1) Teixeira (1) Ubá (1) Viçosa (1) Visconde do Rio Branco (1)
Outros Estados	1	Santos - SP (1)

Obs.: O detalhamento dos dados acima por microrregiões encontra-se em documentação específica.

Dos dados quanto à indicação do tratamento

Ao iniciar o trabalho, constatou-se que, dos 116 pacientes judiciários relacionados na lista, 32 deles já se encontravam em condição jurídica favorável à desinternação:

- Três pacientes foram desinternados, no dia 16 de outubro de 2020, e retornaram para sua cidade de origem, um para uma residência terapêutica e outros dois para junto de seus familiares;

- 13 pacientes com alvará de soltura/ordem de desinternação aguardavam residência terapêutica, conforme esclarecido no “Relatório dos Treze”, em documentação específica;
- 13 pacientes cumprindo medida de internação, com laudo favorável e indicação social de retorno ao meio familiar e realização do tratamento no território de origem, aguardando decisão judicial;
- 87 pacientes cumprindo medida de segurança de internação.

Metodologicamente, da listagem apresentada com 116 pacientes, optou-se por examinar e avaliar os que não tinham ainda uma determinação judicial de desinternação. Portanto, foram examinados 100 pacientes, com elaboração de parecer interdisciplinar individualizado a partir dos estudos psicossociais realizados e proposição de projeto singular terapêutico. Foram divididos os pareceres entre aqueles que manifestaram necessidade clínico-psicossocial de atenção à crise e os que apresentaram indicação de desinternação.

1) Da necessidade clínico-psicossocial de atenção à crise em regime temporário de internação:

A partir do exame clínico e psicossocial e da discussão do caso pela comissão multidisciplinar e interinstitucional, recomendou-se que 12 pacientes judiciais recebam tratamento com investimento em projeto terapêutico singular e ajuste medicamentoso adequado, em condições de ampliar seus recursos clínicos, simbólicos e psicossociais, favorecendo sua amarração subjetiva através de um acompanhamento em saúde mental, visando, permanentemente, à sua desinstitucionalização. Recomendamos, ainda, além do investimento terapêutico a ser feito durante o tempo que durar a sua internação, que seja autorizada a sua frequência, sempre com acompanhamento terapêutico e em conformidade com a sua condição clínica e psicossocial, em espaços abertos e comunitários, tais como Caps e Centro de Convivência (ou similar), segundo o projeto a ser construído com o serviço substitutivo, e em espaços da cidade consoantes à direção de seu tratamento, valorizando a sua circulação em lugar público, cultural e comunitário. Essa abertura possibilitará ao paciente familiarizar-se com o

tratamento em um serviço substitutivo, experimentar as condições de convívio de forma comunitária e elaborar os limites e a responsabilidade para com o cuidado de si e o viver junto a mais alguns outros (coletivamente). O tratamento em situação de crise deverá sempre e, sobretudo, favorecer, através do cuidado próximo e diário do paciente, a ampliação dos seus recursos subjetivos para lidar com os impasses do real no cotidiano da vida social.

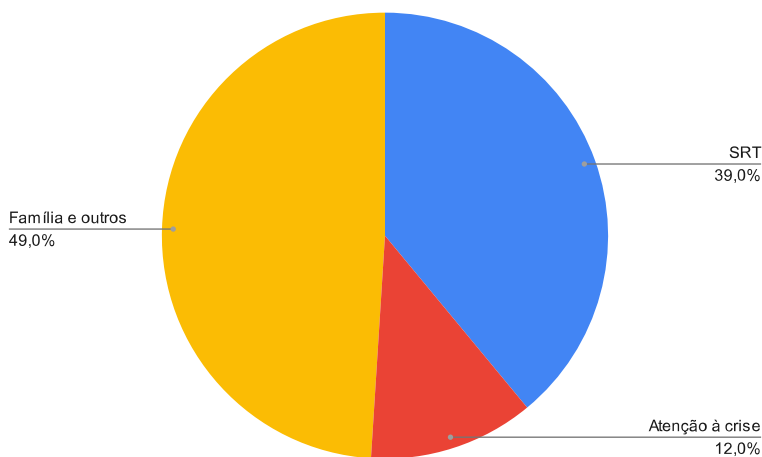
2) Dos dados quanto à indicação de desinternação:

Foram entrevistados 88 pacientes. A partir do exame clínico e psicossocial e da discussão dos casos, a comissão multidisciplinar e interinstitucional recomendou a desinternação e a modulação da medida de tratamento para a modalidade ambulatorial. Eles reúnem condições de dar continuidade ao seu tratamento na rede extra-hospitalar de saúde mental.

- Devido à situação psicossocial, 39 deles necessitarão residir em Serviço de Residência Terapêutica - SRT, que poderá fornecer os cuidados mais próximos e acompanhar melhor o tratamento. Desses, seis estão em situação de grande vulnerabilidade física e precisam de cuidados especializados; 17 apresentam grande precariedade simbólica e debilidade psíquica, ao exame atual, sem condições de autonomia no trato da vida cotidiana e para dar continuidade ao seu tratamento; outros 16 deverão passar por uma residência terapêutica, pois, em consequência de muitos anos de institucionalização e distanciamento dos familiares, ainda necessitam de que seja feito um trabalho de fortalecimento dos laços, através de aproximação dos familiares, com apoio psicossocial, para verificar a possibilidade de retorno ao seu convívio.
- Os outros 49 pacientes reúnem as condições psicossociais e assistenciais na Raps de sua região, acompanhado pelo CAPS ou PSF mais próximo à sua moradia, junto com seus familiares ou parceiros sociais. Desses 49, verificamos que dois, por sua autonomia e condição de laço social, podem se beneficiar do aluguel social, pois apresentam as condições de morar sozinhos e cuidar de sua própria vida, com o apoio da rede psicossocial local.

Nesses 88 casos para os quais a comissão sugere a desinternação com a modulação da medida de internação para a medida de tratamento ambulatorial, caberá à Raps do município acompanhar seu projeto terapêutico conforme os detalhes de sua condição singular, e, segundo trabalho realizado por assistentes sociais do PAI-PJ e do HCTP-BBC-I-“JV”, os serviços substitutivos em atenção à saúde mental já se encontram esclarecidos sobre a possibilidade da desinternação desses pacientes e de sua reintegração ao tratamento na rede assistencial de seu município.

Os dispositivos de atenção em saúde mental extra-hospitalares dispõem de recursos suficientes e os mais indicados para sustentar o seu projeto terapêutico singular, sendo recomendado que o paciente dê continuidade ao seu tratamento na rede aberta e de base comunitária, para a promoção da sua saúde, bem como de laço social responsável para consigo e com os outros.



Detalhamento das condições de tratamento existentes no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Barbacena I – Jorge Vaz (HCTP-BBC-I-“JV”)

No quadro estrutural da Secretaria de Justiça e Segurança Pública (Sejusp-MG), o HCTP-BBC-I-“JV” é um hospital classificado, entre todas as unidades prisionais, como uma unidade médico-penal. Ele recebe pacientes judiciários de todas as Comarcas do Estado de Minas Gerais para tratamento psiquiátrico.

A Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) regulamenta que todo e qualquer tratamento psiquiátrico deve ser realizado rigorosamente em conformidade com a legislação federal, sendo responsabilidade do poder público seu cumprimento, considerando ainda o Decreto Federal nº 6.949/2009 (BRASIL, 2009b) (com natureza jurídica de emenda à Constituição) sobre os direitos das pessoas com deficiência.

Portanto, ainda que o Hospital de Custódia seja uma unidade sob a gestão do sistema prisional, a sua função é, indiscutivelmente, a promoção da saúde através do tratamento médico e psicossocial às pessoas com determinação judicial para cumprir uma medida de segurança de internação em situação de sofrimento psíquico.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002b), define um hospital psiquiátrico como aquele cuja maioria dos leitos se destina ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação. Considerando que a totalidade das pessoas internadas no HCTP-BBC-I-“JV” está ali para tratamento especializado, conforme definição acima, adotaram-se, neste detalhamento, as normas nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a assistência hospitalar em psiquiatria, seguindo os indicadores de estrutura e funcionamento, estabelecidos na Portaria nº 251/GM/2002 (BRASIL, 2002b).

Considerando que o HCTP-BBC-I-“JV” é uma unidade prisional com o dever de guardar características hospitalares para cumprir sua função, como define o art. 99 do Código Penal (BRASIL, 1940), e tendo por referência os indicadores de avaliação oferecidos pelo Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH),⁹ foram adotados, para fins deste estudo, os indicadores

⁹ Em pesquisa prévia, não foram localizados indicadores de estrutura e de avaliação de Hospitais de Custódia e Tratamento realizados e/ou publicados pela Secretaria Estadual de Justiça e Segurança Pública ou Ministério da Justiça.

de estrutura propostos pela Avaliação Nacional dos Hospitais Psiquiátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde, ação realizada e publicada pelo Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS (BRASIL: MINISTERIO DA SAUDE, 2011) .

As disposições técnico-normativas, mencionadas acima, serviram de norteadores para proceder ao detalhamento das condições de tratamento estabelecidas no HCTP-BBC-I-“JV”, conforme foi determinado pela Portaria nº 1.068/2020 (MINAS GERAIS, 2020b). As informações foram colhidas através de entrevistas com os pacientes, com os responsáveis pelos diversos setores, em documentos fornecidos pelos setores competentes e, também, por registro fotográfico.¹⁰



Estrutura do mapa carcerário do HCTP-BBC-I-“JV”

O HCTP-BBC-I-“JV” tem como sede administrativa um belíssimo prédio tombado pelo patrimônio histórico que data do início do século XX. Nas suas dependências, funciona o setor administrativo do Hospital. O prédio se divide em dois pavilhões, masculino e feminino, separados por uma grande área arborizada por canteiros e jardins muito bem cuidados.



¹⁰ As fotos registradas neste relatório foram tiradas por André Teixeira de Carvalho e Fernanda Otoni de Barros Brisset, durante os dias 29 e 30 de outubro de 2020.

O pavilhão masculino segue aos fundos da sede administrativa e possui capacidade para receber de 140 a 160 homens. O pavilhão feminino é uma estrutura em separado, com capacidade para 40 a 50 mulheres. Em ambos os pavilhões, algumas celas estão desativadas por problemas estruturais.

Em 13 de outubro, segundo dados disponibilizados pela DPJ/Sejusp, havia 116 pacientes judiciários internados em cumprimento de medida de segurança e 16 pacientes submetidos a tratamento psiquiátrico temporário, segundo informação do diretor. Sendo assim, havia 111 pacientes no pavilhão masculino e 21 pacientes no pavilhão feminino.

- O pavilhão masculino tem 16 celas coletivas, denominadas, no detalhe do mapa carcerário, como “enfermarias”, com capacidade para nove a 13 pacientes em cada uma, e 15 celas para isolamento individual de pacientes judiciários, distribuídas no “Isolado I - 9 celas” e “Isolado II - 6 celas”.

No dia 13 de outubro o mapa carcerário do pavilhão masculino indicava a lotação dos pacientes nas celas coletivas e isoladas, da seguinte forma: A (9 pacientes), B (11 pacientes), C (10 pacientes), D (7 pacientes), E (7 pacientes), F (9 pacientes), G (8 pacientes), H (sem pacientes), I (4 pacientes), J (11 pacientes), L (8 pacientes), M (10 pacientes), N (3 pacientes), O (5 pacientes); no isolado I (6 pacientes – Celas 1, 4, 5, 6, 7 e 9) e no isolado II (3 pacientes – celas 2, 4 e 5).





Celas coletivas do pavilhão masculino



Celas do isolado I e II do pavilhão masculino

- O pavilhão feminino tem três celas coletivas, com capacidade para 15 a 18 pacientes em cada uma, e nove celas para isolamento individual no “Isolado”. No dia do registro fotográfico, havia três pacientes no isolado e as demais estavam divididas em duas celas coletivas.



Celas coletivas do pavilhão feminino



Celas do isolado do pavilhão feminino

As instalações apresentam características asilares.

O projeto estrutural que abriga o espaço destinado aos pacientes não se apresenta adequado a uma unidade com características hospitalares, configurando

um espaço de confinamento de pessoas que não favorece a livre circulação e acessibilidade às condições necessárias para o cuidado da saúde física e psíquica, por sua estrutura física prisional em estado de degradação e, mais ainda, regido por normas de segurança que impactam a dinâmica de funcionamento institucional e inviabilizam a efetividade dos processos terapêuticos clínicos e psicossociais quanto ao tratamento dos pacientes judiciários, conforme os indicadores construídos para avaliação dos hospitais psiquiátricos com base na Portaria nº 251/GM/2002 (BRASIL, 2002b), como se segue:

Indicadores de estrutura

1) Comissões internas

Constituição Formal de Comissão de Revisão de Prontuário	NÃO
Constituição Formal de Comissão de Revisão de Óbito	NÃO
Constituição Formal de Comissão de Ética Médica	NÃO
Constituição Formal de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	NÃO

Não existe Comissão de Revisão de Prontuário formalmente constituída. Relatou-se ter havido anteriormente a montagem da Comissão com as pessoas responsáveis pela revisão dos prontuários, mas não houve efetividade por ausência dos profissionais. Não existe a constituição formal das comissões de Ética Médica e de Controle de Infecção Hospitalar. Não existe constituição formal de Comissão de Revisão de Óbito.

Segundo informação prestada pelo Diretor do Hospital, entre outubro de 2017 e outubro de 2020, ocorreram oito óbitos. Foi lavrada ocorrência e aberto procedimento próprio pelo serviço de segurança. Tivemos acesso a sete das oito certidões de óbito, em que constam como causa da morte: duas asfixias por constrição cervical, enforcamento; um tamponamento cardíaco, ruptura cardíaca; três causas indeterminadas (aguardando exames complementares); um choque séptico de foco abdominal, colangite, segundo consta em documentação específica.

2) Mecanismos de controle social

Existência de Ouvidoria	SIM
Existência de Conselho Gestor	NÃO

Existe Ouvidoria atuante, regulamentada e em exercício pela Sejusp. Não existe Conselho Gestor constituído na unidade.

3) Recursos humanos

No Hospital, até a conclusão desta ação, no dia 30 de outubro de 2020, além do Diretor Geral e da Diretora de Atendimento, os profissionais da área médica e psicossocial em exercício para realização do atendimento clínico e psicossocial de 132 pessoas internadas, pacientes judiciários, eram: um médico clínico, dois psicólogos, dois assistentes sociais, um farmacêutico, um enfermeiro, dois auxiliares de consultório dentário, oito técnicos de enfermagem (uma de licença-maternidade). O setor de perícias conta com um médico psiquiatra perito. Ademais, o Hospital conta com 115 agentes de segurança, além de alguns servidores administrativos para os trabalhos necessários ao seu campo de competência.

Contudo, foi noticiado, durante a ação, ter ocorrido processo seletivo para contratação de profissionais de várias especialidades na área da saúde, com previsão de contrato para trabalhar durante quatro meses, ou seja, da primeira semana de novembro de 2020 até março de 2021, considerando disposição normativa específica no campo da administração pública. Não foi incluída, nesse processo seletivo, a previsão de contratação de técnicos de enfermagem.

Sobre o indicador recursos humanos, verifica-se a adequação da carga horária segundo legislação pertinente, da seguinte forma:

1. Segundo a Portaria nº 251/GM/2002 (BRASIL, 2002b), do Ministério da Saúde, os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo, um **médico plantonista** nas 24 horas e um **enfermeiro** das 19 às 7 horas, para cada 240 leitos. No HCTP-BBC-I-“JV”, até o dia 30 de outubro, não havia nenhum médico plantonista, nem enfermeiro noturno.

2. Segundo os parâmetros da Portaria nº 251/GM/2002 (BRASIL, 2002b), do Ministério da Saúde, para cada 120 pacientes, um hospital psiquiátrico especializado deve contar, no mínimo, com **três médicos psiquiatras e três enfermeiros** com 20 horas de assistência semanal cada um, distribuídas no mínimo em quatro dias. No HCTP-BBC-I-“JV”, até dia 30 de outubro, não havia, em exercício, no quadro de recursos humanos, nenhum médico psiquiatra assistente, e apenas uma enfermeira trabalha no horário diurno.
3. Segundo os parâmetros da Portaria nº 251/GM/2002 (BRASIL, 2002b), do Ministério da Saúde, para cada 120 pacientes, um hospital psiquiátrico especializado deve contar, no mínimo, com os seguintes profissionais: **dois assistentes sociais; dois terapeutas ocupacionais; dois psicólogos**, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em quatro dias. O HCTP-BBC-I-“JV”, até o dia 30 de outubro, contava com dois assistentes sociais e dois psicólogos cumprindo 40 horas semanais; não havia nenhum terapeuta ocupacional. Consta também, no quadro de pessoal, uma gerente de produção, que acompanha as atividades laborterapêuticas, cumprindo 40 horas semanais, e uma pedagoga.
4. Segundo os parâmetros da Portaria nº 251/GM/2002 (BRASIL, 2002b), do Ministério da Saúde, um hospital psiquiátrico especializado, com 120 leitos, deve contar, no mínimo, com **24 auxiliares de enfermagem**, sendo oito para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas. O HCTP-BBC-I-“JV”, até o dia 30 de outubro, contava, ao todo, com apenas oito auxiliares de enfermagem para cobertura diurna e noturna, aos pavilhões masculino e feminino.
5. Segundo os parâmetros da Portaria nº 251/GM/2002 (BRASIL, 2002b), do Ministério da Saúde, para cada 120 pacientes, um hospital psiquiátrico especializado deve contar, no mínimo, com **um clínico geral, um nutricionista e um farmacêutico**, cumprindo 24 horas semanais. O HCTP-BBC-I-“JV”, até o dia 30 de outubro, contava com um médico assistente, com carga horária de 24 horas, nenhum nutricionista e uma farmacêutica com carga horária de 36 horas, mas não exclusiva do Hospital, atendendo a todas as unidades prisionais da 13ª RISP.

Obs.: Segundo a Portaria nº 251/GM/2002 (BRASIL, 2002b), do Ministério da Saúde, o psiquiatra plantonista poderá, também, compor uma das equipes básicas como psiquiatra assistente, desde que, além de seu horário de plantonista, cumpra 15 horas semanais em, pelo menos, três outros dias da semana. A composição dos recursos humanos deve garantir a continuidade do quantitativo necessário em situações de férias, licenças e outros eventos.

Indicadores de avaliação estrutura recursos humanos

Adequação de carga horária necessária do Médico Psiquiatra Plantonista	NUNCA HOUVE
Adequação de carga horária necessária do Médico Psiquiatra Assistente	NÃO
Adequação de carga horária necessária do Médico Clínico Geral	SIM
Adequação de carga horária necessária do Enfermeiro Assistente diurno	NÃO
Adequação de carga horária necessária do Enfermeiro noturno	NÃO
Adequação de carga horária necessária do Psicólogo	SIM
Adequação de carga horária necessária do Assistente Social	SIM
Adequação de carga horária necessária do Terapeuta Ocupacional	NÃO
Adequação de carga horária necessária do Farmacêutico	NÃO
Adequação de carga horária necessária do Nutricionista	NÃO
Adequação de carga horária necessária do Auxiliar/ Técnico de Enfermagem	NÃO

4) Recursos assistenciais

Não existe Projeto Terapêutico Institucional. Uma vez por ano, é realizado um Projeto Individualizado de Ressocialização - PIR, segundo as normas do Regulamento e Normas de Procedimentos do Sistema Prisional - Renp, quando cada profissional apresenta sua avaliação sobre o paciente na sua área de competência, sugestão e metas para o próximo ano. Essas sugestões passam pela avaliação da segurança para autorização. Os profissionais do setor psicossocial manifestam sua discordância sobre as

indicações terapêuticas serem um ponto a ser decidido pela segurança. “Não existe direção de tratamento e sim de segurança”.

Existe prontuário único. Contudo, não há anotação de projeto terapêutico singular a ser seguido e, na análise dos registros no prontuário, as anotações são escassas, a distância temporal é muito extensa entre o registro de um atendimento e outro. Sem registros frequentes de dados vitais, a maior parte dos atendimentos médicos ocorre em resposta a ocorrências e queixas clínicas e para renovação da prescrição medicamentosa. Via de regra, nos últimos anos, prescrições foram feitas por médico psiquiatra perito, com manifestações recorrentes no prontuário, esclarecendo que sua intervenção se justifica por ser uma situação de urgência clínica, conforme recomendação do CRM, por não haver médico psiquiatra assistente na instituição.

Área externa de circulação são os pátios no interior das celas coletivas ou pátio na área externa onde acontecem as visitas. Há também o espaço do jardim externo ao prédio principal e na área externa do pavilhão feminino, onde aconteciam encontros e festas, como festa junina, e onde já aconteceram atividades de educação física.



Não há sala de estar com música, televisão ou jogos. Os pacientes não têm espaços de convivência de livre circulação na instituição, sendo denominado “convívio” o espaço coletivo compartilhado na cela. O acesso às notícias e programas de televisão é possível, pois, segundo relatos, alguns pacientes adquirem, com o dinheiro do seu

benefício ou vale-postal enviado pela família, televisores portáteis e aparelhos de rádio e compartilham com os colegas de cela.



Protocolo de contenção – não há escrito ou verbal. As contenções são conduzidas pela equipe de segurança, sem prescrição médica. Pacientes relatam que, em estado de grande agitação e perturbação psíquica, com o objetivo de contê-los para evitar os riscos de autoextermínio, seriam algemados nus e por longo período, na cela do isolado. O procedimento da contenção seria feito pelos agentes de segurança, sem formação técnica para tanto, gerando risco para o paciente e para os próprios. Agentes de segurança relatam que é momento de muita angústia para alguns, pois sabem do risco ao qual se expõem e, sem suporte de um médico plantonista, “a solução é chamar o SOS: HF” (Haldol e Fenergan - medicação tranquilizante).

Sobre o uso da medicação, a Assembleia Geral da ONU determina que: “A medicação deverá atender da melhor maneira possível às necessidades de saúde do usuário, sendo administrada apenas com propósitos terapêuticos ou diagnósticos e nunca deverá ser administrada como punição ou para conveniência de outros [...]” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1991).

Relatou-se que só há poucos anos a questão da contenção começou a ser discutida pelos médicos e equipe psicossocial, mas ainda inexistente um protocolo escrito. Os procedimentos seriam feitos pelos seguranças sem participação da equipe de saúde. Essa questão preocupa a equipe médica e psicossocial de modo geral.

Obs.: Parte da equipe escalada para esta força-tarefa presenciou uma ocorrência em que os agentes realizaram a contenção de um paciente na cela do isolado I. (Situação relatada com maiores detalhes mais adiante).

Roupas limpas e calçados: Segundo relatado, não há equipe de enfermagem para dar banho e acompanhar os aspectos da higiene dos pacientes mais debilitados. Faltam recursos humanos. São os agentes ou os próprios pacientes que ajudam no banho e limpeza dos pacientes.

A equipe do Hospital relata que o Estado fornece uniforme para todos, homens e mulheres, mas a diferença não é considerada no processo de uniformização dos indivíduos sob custódia. Oferecem galochas e chinelos. Não oferecem cuecas, calcinhas ou sutiãs; há pacientes que podem comprar as peças íntimas com recursos próprios.

Chama a atenção, nas entrevistas com as mulheres, que a grande maioria, à sua maneira e com embaraço, relata a falta das peças íntimas femininas. Tal situação esclarece como essa uniformização enxerta uma angústia suplementar às mulheres. No relato das mulheres internas no HCTP-BBC-I-“JV”, não ter calcinhas e sutiã para vestir toca mais ainda na experiência de um sofrimento íntimo e insondável. Muitas são submetidas, de três em três meses, a tratamento contraceptivo para suspensão da menstruação. Sem calcinhas, com constrangimento e desconforto, cada uma encontra, apesar de seu grão de loucura, sua maneira de dizer de sua angústia com a pulsação do feminino em si. Apesar de poucos recursos simbólicos, uma paciente repete, sem verbo, um só fôlego: “sem calcinha, sem menstruação, perdão, senhora”. (Relato expresso no item “Do exame”, no Parecer Interdisciplinar, à disposição em documentação específica).



Indicadores de avaliação estrutura recursos assistenciais

Existência de projeto terapêutico institucional	NÃO
Prontuário único	SIM
Área externa com espaço para circulação	SIM
Sala de estar equipada com música ambiente	NÃO
Sala de estar equipada com televisão	NÃO
Sala de estar equipada com jogos	NÃO
Protocolo escrito de contenção física	NÃO
Roupas limpas	SIM
Calçados	SIM

5) Enfermaria

Todas as celas coletivas têm de 10 a 18 leitos de alvenaria. Não existem leitos com nome de pacientes e, frequentemente, são feitos remanejamentos entre os internos de uma cela coletiva a outra por procedimentos de segurança. Nas celas coletivas, os banheiros são abertos, sem privacidade, escorregadios, com dificuldade de acesso ao rolo de papel higiênico. Vasos sanitários em situação precária, louças quebradas, estado degradante. Piso escorregadio no espaço destinado ao banheiro, revestimento (onde há algum) com infiltração e lodo, com risco para qualquer pessoa, mais ainda considerando, sobretudo, que os pacientes ali internados fazem uso de neurolépticos. Presença de infiltrações.



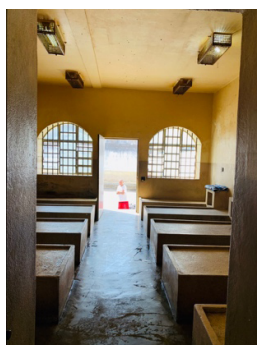
Área de banho e sanitários, celas coletivas

Nos isolados, em nenhuma cela, há água quente, segundo relatos. O acionamento da água para tomar banho, bem como o acionamento para dar descarga no vaso sanitário ficam do lado de fora da cela.

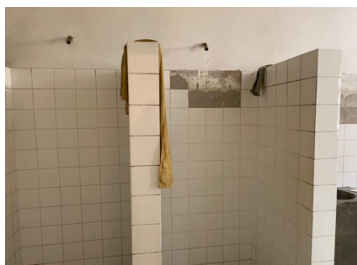
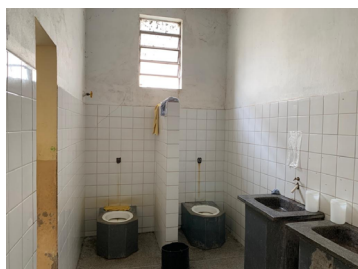


Banho e sanitário isolados

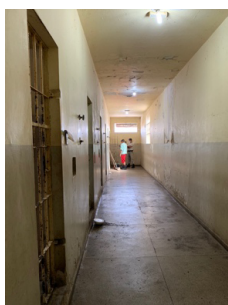
Existem duas celas destinadas a pacientes mais debilitados (D e E – conforme indicado no mapa carcerário do dia 13 de outubro). Segundo relatos da equipe, dos agentes de segurança e de outros pacientes, as condições de higiene são precárias, pois alguns deles não conseguem deambular e realizam as necessidades onde se encontram. Por sua vez, a limpeza não é realizada imediatamente, pois só acontece pela manhã, quando os pacientes da faxina se dirigem ao local para realizar a tarefa. Ademais, verificou-se, em cela coletiva masculina, cadeiras para banho de pacientes debilitados, cadeiras de roda e andadores sem acesso adequado. Espaço para guarda de objetos pessoais aberto, sem privacidade.



As instalações sanitárias e de acessibilidade, de modo geral, não são adequadas.



No que se refere à limpeza e à higienização das dependências do HCTP-BBC-I-“JV”, de forma geral, durante o tempo desta ação, não se constatou a presença de profissionais auxiliares de serviços gerais para realizar o trabalho de limpeza da instituição. O diretor informou não haver tais profissionais contratados. Relato geral e constatado *in loco*: os trabalhos de faxina e manutenção, via de regra, são realizados pelos próprios pacientes.



Cela coletiva dos internos responsáveis pela faxina e outros

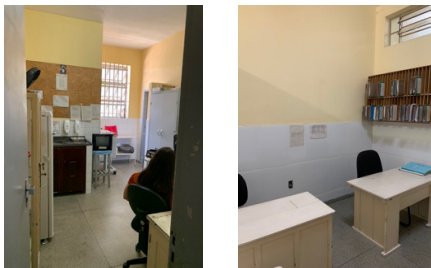
Indicadores de avaliação estrutura enfermaria

Máximo de seis leitos por enfermaria	NÃO
Um sanitário para no máximo duas enfermarias	NÃO
Um posto de enfermagem para trinta leitos	NÃO
Leitos identificados com o nome do paciente	NÃO
Espaço adequado de circulação entre leitos	NÃO
Conservação e limpeza do mobiliário	NÃO

Condições adequadas de piso, parede e teto dos banheiros	NÃO
Vasos sanitários em condições de uso	NÃO
Fácil acesso a papel higiênico	NÃO
Chuveiros com controle de temperatura	NAO
Presença de espaços restritivos/cela forte	SIM
Acesso adequado para cadeiras de rodas e macas	NÃO
Espaço individual para guarda de objetos pessoais	PREJUDICADO
Travesseiro	NÃO
Lençol	SIM
Cobertor	SIM
Fronha	NÃO
Colchão	SIM
Toalha de banho	SIM
Uma sala de curativo ou carrinho de curativo para cada três postos de enfermagem	SIM

6) Enfermaria de intercorrência clínica





Quanto à enfermaria de intercorrência clínica, chama a atenção o pouco ou nenhum uso que é feito desse espaço para os fins pelos quais ele existe. Verificou-se que, em caso de intercorrência clínica, o técnico de enfermagem, acionado pelos agentes de segurança, avalia a condição clínica do paciente no próprio espaço da cela, inadequado para abordagem terapêutica do paciente, conforme foi verificado por parte desta equipe durante a visita realizada às celas do isolado do Hospital.



Paciente no isolado, caído ao chão da cela, aguardando atendimento pela equipe de enfermagem

Ademais, não há carrinho de parada cardiorrespiratória, com monitor cardíaco, desfibrilador, etc. Considerando que os pacientes ali internados fazem uso de neurolépticos e por isso podem sofrer arritmia e a temida *torsade des pointes* (uma arritmia potencialmente fatal), esse equipamento é imprescindível, sendo inconcebível a inexistência desse recurso em um hospital que deve estar preparado para atenção a situações de urgência e emergência.

Indicadores de avaliação estrutura enfermagem intercorrência clínica

Enfermaria exclusiva para intercorrências clínicas	SIM
Um leito de intercorrência clínica para cada 50 leitos	NÃO
Cama Fowler	SIM
Laringoscópio com lâmina	SIM
Ambu	SIM
Desfibrilador	NÃO
Aspirador	NÃO
Cânulas de entubação dentro do prazo de validade	NÃO
Gases medicinais canalizados ou cilindro de O ₂	SIM
Carro/bandeja de parada cardíaca	NÃO
Medicamentos dentro da validade	SIM
Respiradouros mecânicos	NÃO

7) Farmácia

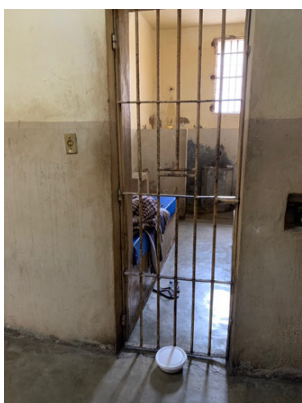
A farmácia encontra-se organizada. A farmacêutica relata que a legislação pertinente indica que a farmácia de uma instituição hospitalar funcionaria 24 horas por dia, contudo, no HCTP-BBC-I-“JV”, seu horário de funcionamento seria de 8 às 14 horas, fechada durante o fim de semana. Seriam necessárias três equipes para funcionar 24 horas por dia. Quanto à ventilação necessária, o ar-condicionado precisaria de manutenção ou substituição. Quanto à distribuição de medicação, seria preciso um investimento em unitarizadora de medicação, recurso humano com função de fracionar cada comprimido, distribuindo-os por nome, dosagem, validade e lote em sacolas específicas. Falta recurso humano e não seriam fornecidas sacolas específicas para esse fim.



Indicadores de avaliação estrutura farmácia

Área exclusiva	SIM
Mapa de controle de temperatura	SIM
Parede sem umidade	SIM
Ventilação adequada	NÃO
Medicamentos sem contato direto com teto, parede e piso	SIM
Medicamentos psicotrópico-entorpecentes guardados em áreas específicas	SIM
Rotinas descritas	SIM
Registro em livro de dispensação de psicotrópicos para controle da Anvisa	NÃO

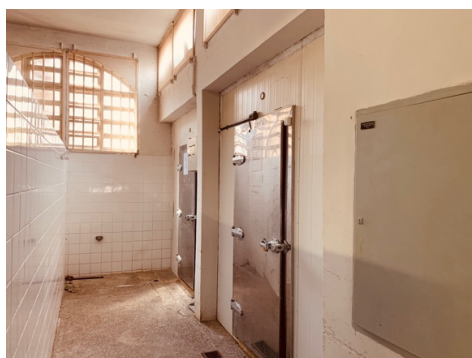
8) Nutrição



Não se verificou investimento institucional em direção ao cuidado nutricional da alimentação dos pacientes. Muitos são obesos e outros com obesidade mórbida. O fornecimento da alimentação é terceirizado, através da entrega de marmitas

individualizadas. Recebem, nas celas, refeições embaladas em marmitex de isopor. Sem distribuição de talheres, comem improvisando com a tampa do marmitex. Outros guardam, em seus pertences individuais, colher de plástico. Não há assistência nutricional na instituição.

Há instalações de refeitório masculino e feminino. Cozinha desativada. No pavilhão feminino, relatou-se que as mulheres alimentam-se no refeitório; no masculino, a distribuição do alimento passa pelas grades das celas. O refeitório masculino encontra-se desativado, sem local apropriado para os pacientes fazerem suas refeições.



A entrega das marmitas é feita pelos próprios pacientes, com o acompanhamento pelos agentes, sem supervisão e controle adequados de profissional especializado. Essa situação exigiria ser verificada por especialista em nutrição quanto ao controle nutricional das refeições distribuídas e pela vigilância sanitária quanto à forma

como acontecem as refeições, ampliando potencialmente os riscos de infecções devido a marmitas entregues ao chão aos que são mantidos isolados e encarcerados.

Indicadores de avaliação estrutura nutrição

Rotinas e protocolos escritos no setor de nutrição	NÃO
Controle de temperatura	PREJUDICADO
Ambiente limpo	PREJUDICADO
Tela de proteção nas janelas	PREJUDICADO
Ralos com tampa de proteção	PREJUDICADO
Alimentos estocados sem contato	NÃO
Boas condições de piso, teto e parede	NÃO
Talheres e vasilhames em condições de uso	NÃO
Rotina para atendimento de dietas especiais	NÃO
Variedade de alimentos no cardápio	PREJUDICADO
Equipamentos de proteção individual (EPI)	NÃO

9) Saneamento

Controle de qualidade da água	SIM
Armazenamento e destinação do lixo em acordo com a Anvisa	SIM

Segundo informação do Diretor Geral, o controle da qualidade da água e de armazenamento e destinação do lixo encontra-se de acordo com os protocolos estabelecidos pelos órgãos competentes.

Indicadores de processo de atenção à saúde

1. Ações preventivas	
Vacinação contra hepatite B	NÃO
Vacinação contra tétano	NÃO
Vacinação contra influenza	SIM

Vacinação contra pneumococo	NÃO
Controle de tuberculose	NÃO
Controle de hanseníase	NÃO
Controle de HIV/Aids	NÃO
Controle de pediculose	NÃO
Controle de escabiose	NÃO
2. Projeto Terapêutico Individual	
Projeto Terapêutico Institucional com definição de ações multiprofissionais	NÃO
Registros das atividades do Projeto Terapêutico descrito no Prontuário	NÃO
Registro de trabalho para alta hospitalar dos pacientes no Projeto Terapêutico	NÃO
3. Qualidade do Prontuário	
Qualidade da Revisão Prontuários pela Comissão	NÃO
Anotações de evoluções no mínimo semanais por parte do médico	NÃO
Anotações de evoluções no mínimo semanais por parte do enfermeiro	NÃO
Anotações de evoluções no mínimo semanais por parte do psicólogo	NÃO
Anotações de evoluções no mínimo semanais por parte do terapeuta ocupacional	NÃO
Anotações de evoluções no mínimo semanais por parte do assistente social	NÃO
Anotações de evoluções por parte da auxiliar/técnico de enfermagem	SIM
Anotações relacionadas à preparação para alta	NÃO
Avaliação do estado nutricional do paciente por parte da nutricionista	NÃO
4. Abordagens Terapêuticas	
Atendimento em grupo	SIM

Atividades envolvendo pacientes e familiares	SIM
Reuniões clínicas multiprofissionais periódicas	NÃO
Concessão de licença terapêutica	NÃO
Atividade extra-hospitalar	NÃO
5. Humanização	
Livre acesso às áreas comuns	NÃO
Acesso ao uso de telefone	NÃO
Permissão para visita diária	NÃO
Acesso a espelho	NÃO
Acesso a calendário	NÃO
Acesso a relógio	NÃO
Utilização de doses individualizadas de medicamentos	SIM
Educação permanente dirigida aos profissionais de saúde	NÃO

Não há planejamento de vacinação protocolar para os pacientes do Hospital. Verificou-se registro em muitos dos casos da vacinação contra influenza.

As evoluções, por parte do médico, pelos registros do último ano, fazem-se de forma eventual, em situação de intercorrências e queixas clínicas, na maior parte das vezes, sem acompanhamento regular. As anotações, no prontuário único, por parte do setor psicossocial e demais profissionais de saúde, não são sistemáticas; de forma geral, elas são escassas, protocolares e com longos intervalos entre os registros de uma mesma especialidade. Não há constância no registro dos dados vitais do paciente. Falta a construção de projeto terapêutico singular dos pacientes ou ações terapêuticas coordenadas de forma interdisciplinar, visando à preparação para alta.

As abordagens terapêuticas, no momento atual, apresentaram-se, comumente, reduzidas a atendimentos individuais, pouca oferta de atividades articuladas ao detalhe singular do sujeito. Muitos relataram ter havido maior oferta de atividades em outros tempos.

A circulação é feita por meio de condução pelos agentes penitenciários. Os pacientes foram trazidos para o atendimento com o uso de algemas, retiradas por solicitação da equipe. Ocorreu situação em que se alegou que o paciente encontrava-se em situação instável, não sendo permitida a retirada das algemas. Na avaliação da equipe, formada por médico psiquiatra e psicóloga, o paciente estaria em condições

de abordagem sem necessidade clínica de contenção. O Chefe de Segurança não autorizou, seguindo as normas do protocolo Remp.

O acesso livre ao pátio interno à cela acontece, exclusivamente, no momento do banho de sol, que, segundo relatos em geral, tem a duração de duas horas e é permitido, geralmente, duas vezes por semana. Não há permissão para visitas diárias. Foram notados poucos espelhos de pequeno porte e nenhum de corpo inteiro nos pavilhões masculino e feminino. Em algumas celas, pacientes desenham calendário e marcam os dias passados. Alguns pacientes usavam relógio no pulso adquirido com recursos próprios.

Outros elementos relevantes

1) Das atividades externas ao espaço das celas

Os pacientes passam o tempo na cela, em contato direto exclusivo com outros pacientes e com os agentes de segurança, saindo de sua cela apenas para o banho de sol quando há atendimento clínico-psicossocial e para alguns poucos irem ao projeto de Educação de Jovens e Adultos (EJA), palestras ou a atividades laborativas.



Palestra realizada com as internas no dia 29 de outubro, sobre o câncer de mama

“Banhos de sol”

Para a maioria dos pacientes, aqueles que não realizam atividades de faxina, lavanderia ou horta, o espaço de livre circulação acontece nos pátios murados que

existem no interior das celas coletivas. Segundo vários relatos, a esses pátios eles têm acesso durante o banho de sol, geralmente, duas vezes por semana, por duas horas, por razões de segurança. Segundo relatos dos agentes de segurança, acontece dessa maneira devido à necessidade da organização segura do revezamento do uso do pátio e movimentação dos pacientes.



Segundo relatos de alguns pacientes do “isolado”, eles não saem para o banho de sol. Segundo relatos dos agentes de segurança, alguns não saíam por preferir ficar no isolamento, “sentem-se mais sossegados, protegidos, ficam na deles”. Muitos pacientes pediriam para ir para o “isolado”. Outros “não são tirados”, porque estão em momento de instabilidade e não têm permissão. A instabilidade do paciente é avaliada segundo os critérios de segurança. Não encontramos registros, nos prontuários únicos, por parte dos profissionais de saúde, contraindicando a saída para o banho de sol devido a intercorrências clínicas, instabilidades que exigem manejo psicossocial.

Educação de Jovens e Adultos - EJA

Alguns pacientes, quando autorizados, frequentam o projeto “Educação de Jovens e Adultos” - EJA, sendo acompanhados por pedagoga. Atualmente, ocorre às terças e quintas. Devido à pandemia, muitas atividades estão suspensas e a pedagoga acompanha poucos pacientes. Antes da pandemia, foi relatado que as aulas

aconteciam de segunda a sexta. Tais atividades apareceram no relato de muitos pacientes, denotando claro apreço e desejo pela escrita, leitura, oferta de aprendizagem.



Atividade realizada pela pedagoga

Atividades laborais

Alguns pacientes relatam que têm direito a sair das celas para realizar atividades como a faxina, a horta, a lavanderia. Ser da faxina faz parte da forma como muitos pacientes se apresentam. “Sou faxina”. Esses pacientes, autorizados para o trabalho, encontravam-se agrupados na cela M à época da visita. Conhecidos como “os da faxina”, ao serem entrevistados coletivamente na cela onde se encontravam, relataram começar os trabalhos às 6h30 da manhã, entregando o café, sendo também responsáveis pela faxina da área interna do pavilhão, bem como os cuidados relativos ao banho e limpeza dos quartos/banheiros dos pacientes mais debilitados.



Sala de cursos

Há casos que são indicados para atividades laborterápicas. Contudo, segundo relato dos profissionais, nem todos indicados são autorizados pelo setor de segurança quando da reunião anual para avaliação do PIR e a comissão do CTC, sendo apenas reavaliada a possibilidade de sua inclusão nas oficinas um ano depois. Segundo documento específico, 81 pacientes foram indicados aptos para realizar as atividades, contudo apenas 26 pacientes judiciários foram autorizados para o seu exercício por critérios de segurança. Os pacientes autorizados, conforme documento específico, exercem as seguintes atividades: 10 para a faxina interna; um para costura; um para corte de cabelo; oito para horta (desativada durante a pandemia, com proposta de reativação); um para faxina interna e horta; quatro para lavanderia.

Segundo registrado em documentação específica, objetivando formalizar a situação da horta terapêutica no Hospital, entre outras informações e considerações, relata-se que:

[...] alguns problemas da atividade laborterápica na horta são antigos e perduram até hoje. Entre eles podemos citar a indefinição do objetivo da atividade para o paciente, pois em algumas oportunidades a unidade se volta para o trabalho como terapia, e em outras exige do paciente que haja produção e/ou que sejam feitas as atividades de manutenção da unidade. Sendo que, quando necessário fazer alguma atividade de manutenção para festividades, visitas técnicas e outros eventos, há a descontinuidade das atividades de laborterápicas na horta, seja através da retirada do ASP - Agente de Segurança Pública, que faz a escolta, e, no passado recente, utilizando o paciente que estava na atividade de horta para executar a tarefa de manutenção. [...] Em nenhuma dessas oportunidades o Núcleo de Trabalho e Produção - NTP é consultado ou mesmo comunicado da suspensão das atividades.



Horta

O conjunto dos relatos se coaduna ao considerar, sob os mais diversos aspectos, que as normas do Remp têm impossibilitado a realização das propostas e intervenções no campo da ampliação dos recursos psicossociais.

Sempre esbarra nas questões de segurança para efetivar as propostas de atividades terapêuticas [...] qualquer atividade proposta que necessite de saída das celas coletivas acontece ora sim e ora não, pois depende da autorização da segurança, uma vez que a unidade segue o protocolo de segurança estabelecido pelo Remp - Regulamento e Normas de Procedimentos do Sistema Prisional de MG.

Considerando que não haveria no Hospital de Custódia contratação de equipe de enfermagem suficiente para os cuidados, como banho e auxílio aos pacientes mais debilitados; considerando que não haveria contrato de equipes de auxiliares de serviços gerais para realização da faxina da instituição; considerando não haver profissionais contratados para o cuidado da horta, as atividades realizadas pelos pacientes seriam atividades laborativas essenciais para a manutenção da instituição. Os pacientes nomeiam o que fazem como sendo um trabalho. “Agora estou trabalhando e gostando muito. Faço faxina. Quem trabalha tem direito de ganhar uma garrafa de café. O trabalho tem que ser remunerado, mas não ganho nada. Mas trabalhar abre portas. É melhor que ficar trancado o tempo todo”. Houve relatos sobre um período em que o Estado depositava um valor mensal para os que trabalhavam, o que não estaria acontecendo mais.

“Outros tempos”

A diretora de atendimento relatou já ter havido, em outros tempos, a presença semanal de uma artesã voluntária, do conselho da comunidade e da APAC, que retirava os pacientes das celas para oficinas de artesanatos. Antes, não havia um planejamento, e as atividades aconteciam algumas vezes. Contudo, para 2020, foi feito um planejamento para inserir atividades na rotina dos pacientes, segundo relato em documentação específica, mas o planejamento não pôde ter efetividade devido a múltiplos fatores: pandemia, ausência de corpo técnico e por questões de segurança.

Houve a experiência de realização das atividades eventuais, que ocorreu em outra época e foi muito interessante, como sala de cinema, onde havia seleção de filmes junto ao setor psicossocial e discussão após a exibição; já aconteceu também o pagode evangélico, forró, atividades com os aniversariantes do mês, festa junina, reunindo os pavilhões masculino e feminino, etc. Aconteceu também, segundo relatos, um curso profissionalizante do Pronatec relacionado à agricultura, com formatura dos pacientes que participaram, com certificado. Entretanto, todas essas atividades foram relatadas como sendo eventuais, sem planejamento e regularidade. Um paciente, durante o atendimento, localiza de forma precisa como a ausência de rotina do hospital instituição contribui para sua instabilidade:

Estou ocioso aqui. Já ouviu falar dos bipolares? Sou bipolar, agora estou agitado. [...] tem plantão que não dá banho de sol, o certo é segunda e sexta; tem plantão que tira e outros não. Isto causa transtorno na mente da gente. A falta de previsibilidade. Fico ansioso aguardando, pergunto quando vão me tirar e vou ficando agitado e, por causa da minha agitação, perco o banho de sol. Eu preciso de previsibilidade, fico melhor com rotina.

Contato com os familiares

O serviço social do Hospital faz contato com os familiares, buscando, dessa maneira, promover o laço entre o paciente e sua rede de apoio social. Antes da pandemia, um curto espaço de tempo era disponibilizado por semana para a visita: quarta à tarde e domingo. Chama a atenção essa restrição, uma vez que, em instituições hospitalares, as visitas são permitidas todos os dias.

Alguns familiares que vêm visitar encontram muitas dificuldades por causa da revista íntima e o pouco tempo que podem ficar com o paciente durante a visita. Muitos pacientes têm vínculos muito frouxos ou inexistentes. Com a pandemia, deu-se início às visitas virtuais e tem sido um momento importante a abertura dessa janela de “volta pra casa”. Respostas inéditas e surpreendentes, em alguns casos.

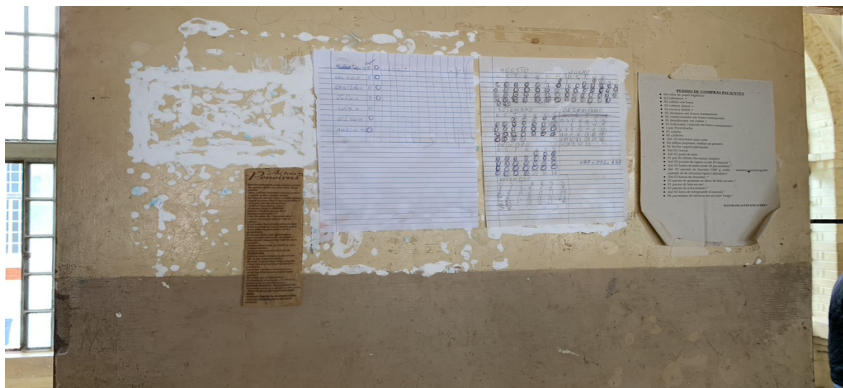


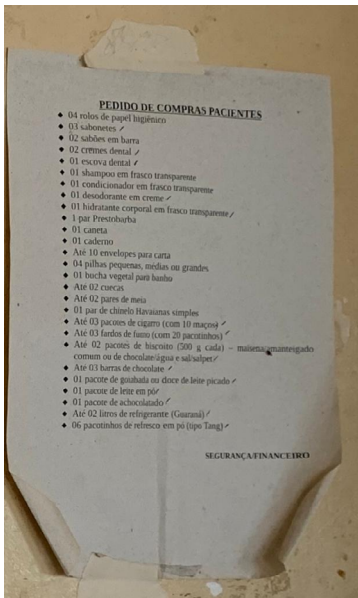
Pátio interno

Constata-se que, ao oferecer ao paciente oportunidade de apresentar-se como sujeito, sair do confinamento e atravessar a tela em direção ao mundo, algo em seu corpo se vivifica e traz, por consequência, uma satisfação nova para com o laço social.

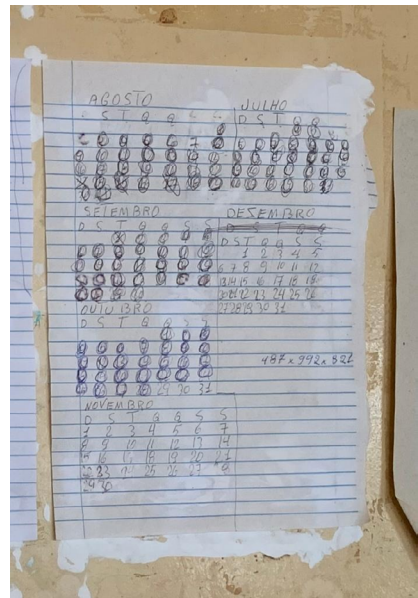
2) Dos benefícios e das compras

Alguns pacientes têm benefício previdenciário ou a família deposita um vale-postal na conta do Hospital. Foi relatado que a esses pacientes seria passado, pelo setor financeiro, um bilhete mensal e nominal com o valor que eles poderiam gastar e, em retorno, nesse mesmo bilhete, os pacientes escrevem o que desejariam comprar. É fixada nas celas a lista dos objetos que podem comprar.





Calendário confeccionado pelos pacientes



Objetos autorizados para compras

“Eles compram cigarro, sabonete e pasta dental, desodorante e/ou shampoo de preferência deles, biscoito e refrigerante, dentro da lista do Remp. Hoje, eles compram o que o Remp permite”. Uma funcionária do Hospital vai ao mercado e faz a compra. Segundo relato da Diretora de Atendimento, essa movimentação é registrada e controlada pelo setor financeiro do hospital em pasta própria de cada paciente que recebe o benefício e pode comprar. Atualmente, conforme documento específico, 20 pacientes são beneficiários.

3) Dos diagnósticos e das perícias

Quanto aos diagnósticos, chama a atenção a grande proporção de quadros clínicos com manifesta precariedade simbólica, debilidade nas articulações do sentido, que se situam, com referência no CID-10, dentro do que ali se designa como situações de retardo mental, estados demenciais ou quadros psicóticos residuais. Vale considerar que, nesses casos clínicos, atingida a adesão terapêutica com estabilidade clínica, dificilmente os pacientes lograrão tecer uma crítica satisfatória quanto a seu

adocimento ou a seus atos, dentro dos padrões da racionalidade esperada, uma vez que o simbólico não é o campo prevalente na tessitura de sua amarração/estabilidade subjetiva, o que é tratado na literatura psiquiátrica como situações de limitação intelectual e cognitiva.

Destarte, as perícias, que são feitas em frequência anual aproximada, documentam, muitas vezes, a constatação de que determinados pacientes, apesar de cumprirem outros critérios estabelecidos para a alta, como estabilidade satisfatória do quadro clínico e suporte social adequado, não apresentam uma boa crítica de sua condição e de seus atos, perpetuando o ciclo da institucionalização. A não satisfação de critérios arbitrados como condição de soltura contrasta com a falta de critérios realmente terapêuticos e técnicos que indiquem a excepcional necessidade de internação.

Na análise dos últimos laudos periciais realizados pelos peritos, um por um, chama a atenção, em muitos dos casos analisados, a similitude do conteúdo expresso (nos laudos referidos ao mesmo paciente), em que, mesmo em anos diferentes, mudou-se apenas uma frase dita pelo paciente (“Versão do delito pelo periciando”) e a data da realização do laudo. Não consta, na maioria dos laudos, uma indicação sobre o que deve ser trabalhado no projeto terapêutico para favorecer a desinternação do paciente.

No tocante à entrevista com os pacientes, salienta-se o relato, comumente trazido por alguns deles ao início das entrevistas, sobre o tempo longo e imprevisível de permanência naquele Hospital. É do conhecimento deles que, se tivessem sido considerados imputáveis, sua pena por aquele delito já teria sido cumprida. Contudo, ali dependem do “laudo do perito” para sair. Em diversos relatos eles manifestam a não compreensão quanto ao fato de não ter “passado” no laudo. “Eu não sei o porquê não passo no laudo”; “Eu nunca passo no laudo”; “Queria fazer laudo em outro lugar, aqui não consigo passar”; “Pode mudar o médico do meu laudo?”; “Não sei o que fazer para passar”; “O *Perigo* (se referindo a perito) não me escuta e nunca passo”.

Segundo relato dos agentes de segurança, que participaram das discussões da comissão, registra-se:

O modo de atendimento da perícia, ano após ano, é meia hora de atendimento e decide, sem perguntar nada pra gente. Depende de cada perito, né? Alguns até perguntavam.

É a primeira vez, neste hospital, que a segurança é chamada para conversar sobre o paciente. E é a gente que vê muito mais o paciente do que os outros profissionais. Estamos com o paciente 24 horas. Os outros profissionais os veem quando chamam pro atendimento e é a gente que leva. E o perito só uma vez por ano.

Falta aqui conversa entre todos envolvidos. Ninguém sabe o que a gente faz e resolve no dia a dia com o paciente. O agente aqui no hospital é diferente da prisão, ele tem que ser um pouco de tudo, pacientes com muitas dificuldades e a gente conversa com eles, acende um cigarro, dá um café. Sabemos um pouco sobre como o paciente está no convívio, no isolado. Importante ouvir a gente.

4) Dos exames clínicos e de rotina

Em todos os casos examinados, a comissão recomendou que fosse providenciada, desde já, a realização dos exames laboratoriais de rotina e a avaliação da saúde bucal com a efetivação do tratamento indicado. Nos casos de pacientes classificadas naquela instituição como sendo do sexo feminino, especial atenção na realização dos protocolos e exames necessários para atenção da saúde da mulher. Anotações sobre as vacinas, exames de rotina dos pacientes judiciários, de forma geral, bem como os exames específicos não se encontram registradas nos prontuários de forma protocolar, havendo registros eventuais, sendo que há casos sem nenhum registro. No pavilhão feminino, durante a realização dos estudos, por meio de pesquisa de prontuários, verificou-se que a maioria das mulheres não está em dia com os exames preventivos de rastreamento de câncer de colo de útero e de mama, e chama a atenção o estado de deterioração de suas dentições.

Noticiou-se que os prontuários estariam sendo evoluídos em formulário próprio, no Sigpri, nos últimos meses, mas não tivemos acesso. Portanto, recomenda-se especial atenção na prescrição dos exames para regularizar o que for necessário, caso a caso, com destaque ao acompanhamento de quadros clínicos, como hipertensão, obesidade, entre outros, com regular anotação no prontuário único, de forma que a equipe médico-psicossocial possa ter livre acesso para melhor atenção à singularidade

do tratamento a ser dispensado a cada paciente judiciário. Foi informado que, desde o início da pandemia, exames não estavam sendo feitos.

5) Das prescrições medicamentosas

Pela leitura dos prontuários e das prescrições, notou-se que a maioria dos pacientes tem suas prescrições desatualizadas em relação a sua evolução clínica. Num contexto hospitalar, com pacientes internados, as prescrições devem ser refeitas diariamente, no mínimo. Constataram-se inúmeros casos com investimento medicamentoso restrito, com doses subterapêuticas. O Hospital tem feito uso muito limitado da possibilidade de se servir do arsenal farmacêutico disponível pela rede pública, que conta com drogas de gerações mais novas que poderiam melhorar os desfechos clínicos. Há prescrições replicadas ao longo do tempo de forma inalterada, para alguns casos há mais de 10 anos, o que não favorece o tratamento e a reabilitação ao convívio social. Há predominância de medicações e posologias sedativas em vez de terapêuticas. Outrossim, a unidade não conta com serviço propedêutico-laboratorial para monitorar os pacientes em uso desses fármacos de forma adequada, valendo salientar que são drogas que acarretam riscos colaterais inúmeros e de maior gravidade, prescritas a pacientes muitas vezes em estado de debilidade física, com frequentes comorbidades.

Ademais, os medicamentos fornecidos pelo Estado são limitados e, segundo os profissionais do serviço psicossocial, costumam faltar, conforme explicitado em documento específico. Há relatos de que, em passado recente, a situação foi mais grave; no entanto, atualmente, o fluxo do fornecimento estaria um pouco melhor, mas ainda ocorreriam momentos em que seria necessário contar com o uso da verba “para despesas extras”, segundo documentação específica, e, em alguns casos, com recursos do próprio paciente para comprar sua medicação.

6) Da contenção física de pacientes judiciários

As contenções físicas no HCTP-BBC-I-“JV” são conduzidas sem prescrição médica, pela equipe de segurança. Não há um protocolo interno para essa situação. Os pacientes são conduzidos para o “isolado”, se já não se encontram lá, imobilizados por pessoal não treinado, de forma muitas vezes bruta e descoordenada, colocando em

risco o paciente e mesmo a equipe. Não há acesso por ambas as laterais do “leito de contenção”, que, no caso, é a cama de alvenaria da cela. Não há bandas de contenção apropriadas, sendo que os pacientes são algemados no leito ou nas paredes, de forma que ficam presos, mas não exatamente contidos: seus membros, seu tronco e sua cabeça permanecem com mobilidade que possibilita eventuais acidentes.

Não há avaliação médica pronta, de hábito, e são aplicados tranquilizantes por injeção intramuscular seguindo prescrições fixas, sem uma análise da situação atual de emergência. Não há monitoramento próximo do paciente enquanto dura a contenção, de modo que, por muitas vezes, o paciente fica contido e medicado sem observação profissional, sujeito a complicações traumáticas, circulatórias ou respiratórias. A duração do procedimento não é determinada por profissionais da área da saúde.



Algemas e ganchos instalados na alvenaria da cama para contenção no “isolado”

De acordo com a Resolução CFM nº 2.057/2013, § 3º:

É admissível a contenção física de paciente, à semelhança da contenção efetuada em leitos de UTI, nos serviços que prestem assistência psiquiátrica, desde que prescrita por médico, registrada em prontuário e quando for o meio mais adequado para prevenir dano imediato ou iminente ao próprio paciente ou a terceiro. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

Ressalta-se que a contenção física consiste em uma conduta excepcional para emergências psiquiátricas que deve ser prescrita pelo médico responsável e conduzida por pessoal treinado para tal fim, de forma coordenada. É a última situação para o manejo de agitações psicomotoras.

É suposto que um serviço especializado em psiquiatria tenha seu próprio protocolo e treinamento para a gestão de tais contingências. Existem técnicas e materiais apropriados para a contenção física, que podem mitigar os riscos dessa situação grave, além de que o paciente deve ser mantido em local adequado e em observação contínua por parte de profissional da enfermagem, com suporte médico de prontidão. O procedimento deve ter a menor duração possível, devendo o paciente ser descontido assim que a agitação cessar, ação determinada também por prescrição médica. A contenção física traz riscos consideráveis, dentre os quais se destacam o de garroteamento, o de asfixia, o de rabdomiólise com insuficiência renal aguda, o de paradas cardiorrespiratórias e o de traumas cortocontusos. Por último, a contenção física jamais deve ter uma finalidade punitiva. (SILVA, 2012/2013).

7) Da assistência médica, psicológica e social

A assistência à saúde preconizada no art. 196 da Constituição Federal garante que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

Pelo histórico colhido e pela constatação *in loco*, o Hospital em tela não conta com psiquiatra assistente, nem horizontal, nem plantonista. Há um único médico clínico geral horizontal, que não é plantonista. A única profissional enfermeira é recém-chegada ao serviço, e os plantões contam apenas com dois técnicos de enfermagem em cada turno. O setor psicossocial com dois psicólogos e dois assistentes sociais não conta com o apoio de um projeto terapêutico institucional engendrado a ações multiprofissionais junto a outras especialidades. Não há dentista assistente. Não há programa de educação continuada dirigida aos profissionais do quadro, nem supervisão clínica institucional.

A partir do estudo dos prontuários, observamos que os atendimentos médico, psicológico e social têm sido eventuais na maior parte das vezes. Quando feitos com regularidade, são mensais, o que é insuficiente para o acompanhamento dos pacientes. Não há investimento em um projeto terapêutico singular para o sujeito internado, elaborado segundo uma direção do tratamento, articulado de forma multiprofissional, que siga as coordenadas subjetivas do sujeito, sua singularidade clínica e social, visando, permanentemente, à “volta pra casa”.

Não há acompanhamento cotidiano por uma equipe de enfermagem, com convívio direto com o paciente. O cuidado com os pacientes mais debilitados, como auxílio para se locomover, tomar banho e se alimentar, é realizado, segundo relatos de pacientes e da equipe psicossocial, por outros pacientes. Durante a ação, deparamo-nos com pacientes acima dos 70 anos de idade e outros com a situação de saúde muito debilitada, vivendo sob condições muito precárias, em situação de risco e de visível violação de direitos dos idosos (Lei nº 10.741/2003) (BRASIL, 2003). Contam com a “cooperação” e “boa vontade” de outros pacientes em situação de menos vulnerabilidade e dos agentes penitenciários. A equipe de enfermagem é insuficiente para atender às necessidades dos pacientes e na execução das tarefas inerentes a esse setor (higienização, zelar pelo cuidado dos pacientes, promoção e prevenção da saúde em geral, etc.).

Num hospital que se ocupa exclusivamente de pacientes internados, é suposto que haja uma equipe completa com profissionais em número e qualidade suficientes para suprir as demandas rotineiras da unidade e conduzir uma terapêutica com a propriedade, conforme um projeto singular, de que os pacientes necessitam. Faz-se igualmente necessário para promoção do laço social daqueles sujeitos dar lugar a seu dizer na construção das suas soluções singulares, atividades culturais e comunitárias em que o desejo de cada um possa encontrar uma forma de se enredar em contextos da vida diária e no convívio social, com alguma satisfação.

Existem diretrizes nacionais para indicar os parâmetros mínimos a serem exigidos para tais estabelecimentos, que, de forma categórica, devem contar com equipes multidisciplinares de plantonistas, com enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psiquiatras, clínicos gerais, psicólogos e assistentes sociais, além de equipes outras para a condução horizontal diária dos casos. Uma instituição hospitalar tem por função zelar pela saúde integral de seus pacientes, com ações de prevenção primária e secundária

preconizadas pelo Ministério da Saúde, em programas que guiam a Atenção Primária, como de saúde bucal, saúde da mulher, cuidados de doenças prevalentes como hipertensão arterial e diabetes, entre outros.

Em contrapartida, chama a atenção o enorme contingente da equipe de segurança, com cerca de 120 profissionais, inaptos ao manejo hospitalar. As diretrizes seguidas são eminentemente propostas pela lógica da segurança, e não pela orientação da experiência clínica dos profissionais de saúde que dirigem o tratamento norteados por um projeto desenhado por e para cada um dos sujeitos que acompanham.

Todos os servidores da área psicossocial, médica e do hospital, de forma geral, relatam sobre a redução dos profissionais de saúde nos últimos anos e o aumento do investimento no pessoal da área de segurança, configurando o que foi designado como “supremacia da força da segurança em relação à terapêutica”. Nos últimos anos, tanto pelas escassas anotações que encontramos nos registros dos prontuários como pelos relatos dos profissionais, verifica-se que o investimento foi se reduzindo a atendimentos eventuais, de modo geral, sem regularidade. Os atendimentos seguiam conforme a demanda espontânea, seja pela urgência de situações específicas oriundas de ocorrências clínicas, psíquicas ou sociais, seja por aquelas oriundas dos pedidos de atendimento pelo paciente ou pelo setor de segurança ou setor de perícias.

Devido à precariedade de recursos humanos, a estrutura de funcionamento do Hospital, cuja lógica do dispositivo segue as normas estabelecidas para as unidades prisionais, seja quanto às instalações físicas ou abordagem dos pacientes, apresenta escassez de profissionais da área médica e psicossocial, que estão ali em número muito reduzido.

Durante as discussões com os profissionais médicos e do setor psicossocial, nota-se uma expectativa para com a chegada dos novos profissionais da saúde: esperam melhorar as condições de trabalho com investimento no desenho de um projeto institucional articulado a favorecer uma prática da clínica dedicada a seguir o detalhe do projeto de cada sujeito em tratamento naquela instituição. Projeto que não existe no Hospital. Todavia, é sabido que os recursos humanos no campo da saúde pouco poderão fazer quanto à pragmática terapêutica sem que haja uma mudança na lógica e forma de operar a dinâmica do funcionamento institucional associada a uma reforma estrutural que viabilize espaços terapêuticos de convivência com os pacientes, com recursos materiais disponíveis para a efetivação de um projeto de tratamento no

campo da saúde mental. Não há tratamento em saúde mental numa arquitetura prisional em que o protocolo RENP é a norma.

8) Supremacia da segurança sobre o terapêutico

Um paciente relata sobre a necessidade de uso constante de laxante desde que entrou no Hospital, sintoma que surgiu com sua institucionalização. A prisão toca o corpo, tranca o ventre. A vida no Hospital de Custódia segue uma rotina prisional. Os pacientes do pavilhão masculino não fazem suas alimentações no refeitório, fazem-nas em suas próprias camas ou no pátio. Os dormitórios são celas, em todos há a presença de grades e cadeados, os banheiros não possuem um mínimo de privacidade.

A questão que ali se evidencia requer recursos humanos e muito mais para fazer valer o direito à saúde das pessoas que ali estão internadas. Mesmo nos momentos em que a equipe estava completa, os relatos evidenciam o caráter secundário dado ao aspecto assistencial na instituição, pois o aspecto da segurança sempre esteve em primazia. As crises são tratadas com o recurso do isolamento, do silêncio, com algemas, amplificando o sofrimento psíquico.

As atividades terapêuticas são limitadas, pois, por se tratar de “instituição prisional”, certos tipos, como capoeira, por exemplo, não são permitidos. Mesmo as que ocorrem são escassas, pontuais. Projetos que funcionaram bem, como de educação física, foram cancelados desde antes do início da pandemia. Os pacientes participam das atividades não por indicação clínica apoiada no que eles apontam como uma solução que trata a angústia e enlaça ao social, mas pela avaliação da segurança. Aquela existe, porém está submetida à autorização desta. O mesmo ocorre com as atividades laborais.

As visitas dos familiares seguem a lógica e o protocolo prisionais: os visitantes são submetidos à revista, inclusive íntima. Isso produz afastamento de muitos familiares de seus parentes internados na instituição, pois se sentem constrangidos com os procedimentos.

Há uma evidente supremacia da segurança frente ao aspecto assistencial da instituição. Como citado acima, o tratamento, as atividades terapêuticas e laborais, as atividades cotidianas, as visitas dos familiares, tudo é submetido ao protocolo e à autorização do setor de segurança.

Observa-se, ao contrário do preconizado pela Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), a predominância de uma lógica de funcionamento de instituição penal e não de saúde. As condutas são prioritariamente decididas com base no que seria controlável dentro de uma instituição carcerária — vide ser regulamentada pelo RENP —, ao invés de guiadas por diretrizes terapêuticas.

Tal lógica dirigindo todo o tratamento dado aos pacientes no HCTP-BBC-I-“JV” é geradora da cronificação do quadro e esvaziamento do potencial de sociabilidade, contribuindo para o rompimento dos laços familiares, sociais e a perpetuação do estado de segregação, não favorecendo em absoluto a proposta de tratamento e provocando a internação desses pacientes por tempo indeterminado, como efeito da ausência de uma lógica de saúde, como inúmeros estudos em todo mundo demonstram em larga escala, desde o século passado.

9) Ocorrências durante a visita realizada para registro fotográfico

Parte desta equipe, na realização da visita para o registro fotográfico, testemunhou o manejo que é feito, por parte da segurança, de uma crise de agitação com autoagressividade: o paciente, que se encontrava no “isolado”, em sofrimento, passou a bater a própria cabeça contra a parede. Foi presenciada uma situação de despreparo técnico e estrutural: cerca de 10 agentes de segurança, sem o concurso ou a orientação de profissionais da saúde, adentraram a cela, um a um, para tentar conter, de forma descoordenada, o paciente. Após alguns minutos de excesso de força, com o uso inclusive da técnica de “gravata” — proscrita em tal situação —, o paciente foi algemado em argolas fixadas às paredes e à cama de alvenaria, num leito sem colchão, de maneira a ainda permanecer com excessiva mobilidade dos membros, do tronco e da cabeça, proporcionando risco a sua integridade física. Não havia psiquiatra ou médico plantonista. Não havia prescrição fixa para tranquilizante. Algum tempo depois, o médico clínico geral chegou ao Hospital e prescreveu medicação injetável. O paciente foi medicado e permaneceu no “isolado” sem observação direta de um profissional da saúde e sem o monitoramento de seus dados vitais.

Parte da equipe, ao realizar o registro fotográfico, deparou-se com um jovem paciente que se encontrava no “isolado”, tinha queimaduras de segundo grau em seu rosto (região frontal e dorso do nariz), em sua mão e seu antebraço direitos, em

seu braço esquerdo. O paciente, muito confuso, não soube dizer o que aconteceu: apenas disse gostar de música e estar passando uma pomada. Segundo o relato do médico clínico, que acolheu o paciente à época de sua admissão, ele não apresentava tais ferimentos quando chegou ao Hospital, conforme consta em seu prontuário. Houve a sugestão, por parte da equipe, de que aquilo poderia se dever à água quente do chuveiro.



Queimadura sem explicação da origem encontrada na mão do paciente

Na ocorrência que foi aberta pelo setor de segurança, relata-se que,

[...] ao assumir o plantão e fazer a conferência do isolamento I [...], verificou-se que o paciente estava confuso, com higiene pessoal ruim e com bolhas pelo rosto. Ao ser questionado, o paciente não soube explicar, só respondeu que foi dormir e acordou assim. (documento específico).

Chama a atenção o número de ocorrências lavradas pelo setor de segurança, em que os episódios de auto e heteroagressividade, agitações, tentativas de suicídio, etc., têm como resposta imediata a contenção e o isolamento, para eventual avaliação posterior de um médico (o clínico geral ou algum dos peritos), sem avaliação psiquiátrica pronta, sem abordagem psicossocial da angústia ali manifesta em ato, ou seja, sem condições de tratamento ao sofrimento mental agudo ali demonstrado, sem o devido tratamento ao paciente que se apresenta em situação de crise evidente. (documento específico).

Equipe interdisciplinar que integrou esta ação

A equipe interdisciplinar que participou dos trabalhos para a elaboração de estudo psicossocial dos pacientes judiciários internados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Barbacena I - Jorge Vaz, a fim de subsidiar o Programa PAI-PJ e o GMF para ações pertinentes em consonância com suas atribuições para cooperar com a confecção do estudo psicossocial e do relatório geral, se organizou da seguinte forma:

1) Equipe interdisciplinar para execução do trabalho psicossocial no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Barbacena I - Jorge Vaz, em Barbacena:

- André Teixeira de Carvalho – Médico Psiquiatra e Médico de Saúde da Família – CRM-MG 41.542; Preceptor de Psiquiatria Forense da Residência do Hospital Metropolitano Odilon Behrens; Psiquiatra Perito do TJMG.
- Fernanda Otoni Brisset – Psicanalista, Psicóloga – CRP 9806-4R; Supervisora da Rede Municipal de Saúde Mental da PBH; Coordenadora Técnica do PAI-PJ/TJMG.
- Franco Magalhães Sant’Anna – Médico Psiquiatra – CRM-MG 56216//RQE 47213; Cersam - Álcool e Drogas/Barreiro (PBH); Caps - Álcool e Drogas/Mariana-MG.
- Josiane Assis de Boucherville – Psicóloga – CRP 31354-4R; Núcleo Regional do PAI-PJ Barbacena.
- Rosani de Lourdes Brandão Campos – Psicóloga – CRP 5673-4R; Núcleo Regional do PAI-PJ - Barbacena.
- Vanessa de Oliveira Bezerra – Médica de Saúde da Família – CRM-MG 75473; Residente em Psiquiatria do Hospital Metropolitano Odilon Behrens.

2) Equipe de apoio para acompanhamento dos trabalhos na sede do PAI-PJ, em Belo Horizonte:

- Ana Paula Villela, Técnico Judiciário.
- Marina Lúcia Araújo Alló Martelleto, Oficial de Apoio Judicial.

- Romina Moreira Magalhães Gomes, Técnico Judiciário/Psicóloga Judicial.
- Rosângela Dell Amore Dias Scarpelli, Oficial Judiciário.

3) Equipe para execução do levantamento dos dados sociais dos pacientes em comarcas não acompanhadas por Núcleos do PAI-PJ:

- Alice Soares Andrade – Assistente Social – CRESS 27182 3R; Núcleo Regional do PAI-PJ - BH.
- Kelen Cristina Silva – Assistente Social Judicial – CRESS 6647 66473R; Técnico Judiciário do Núcleo Supervisor do PAI-PJ.
- Laura Nogueira Campos – Assistente Social – CRESS 23664 3R; Núcleo Regional do PAI-PJ - BH.
- Márcia da Silva Anunciação Lazarino – Assistente Social Judicial - CRESS 3316 3R; Técnico Judiciário do Núcleo Supervisor do PAI-PJ.
- Vitor Bruno Gonçalves Rabelo – Assistente Social – CRESS 13513 3R; Núcleo Regional do PAI-PJ - BH.

4) Equipes designadas para levantamento de dados psicossociais referentes a pacientes judiciários acompanhados pelos Núcleos Regionais do PAI-PJ:

- Equipe interdisciplinar do Núcleo Regional do PAI-PJ em Alfenas;
- Equipe interdisciplinar do Núcleo Regional do PAI-PJ em Barbacena;
- Equipes interdisciplinares do Núcleo Regional do PAI-PJ em Belo Horizonte;
- Equipe interdisciplinar do Núcleo Regional do PAI-PJ em Governador Valadares;
- Equipe interdisciplinar do Núcleo Regional do PAI-PJ em Itaúna;
- Equipe interdisciplinar do Núcleo Regional do PAI-PJ em Juiz de Fora;
- Equipe interdisciplinar do Núcleo Regional do PAI-PJ em Teófilo Otoni.

5) Além da equipe interdisciplinar, listada anteriormente, para dar seguimento à determinação da Portaria Conjunta nº 1.068/2020 do TJMG (MINAS GERAIS, 2020b), no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Barbacena I - Jorge Vaz,

também foram ouvidos agentes de segurança da instituição. Além disso, os seguintes profissionais integraram a comissão multidisciplinar e interinstitucional para avaliação da cessação da excepcionalidade da medida de internação e elaboração de projeto terapêutico em conformidade com a singularidade clínica e psicossocial do paciente judiciário interno no HCTP-BBC-I- “JV”:

- Alessandra de Resende Tavares Silveira – Analista Executivo de Defesa Social – Assistente Social do HCTP-BBC-I-“JV”.
- Diana Miquele de Oliveira Silva Neves – Analista Executiva de Defesa Social –Gerente de Produção do HCTP-BBC-I-“JV”.
- Helenita Maria das Graças Ferreira – Diretora de Atendimento do HCTP-BBC-I-“JV”.
- Júlio Hermes da Silva – Analista Executivo de Defesa Social – Psicólogo do HCTP-BBC-I-“JV”.
- Luiz Fernando Ferreira Vidal – Analista Executivo de Defesa Social – Psicólogo do HCTP-BBC-I-“JV”.
- Maria Cleide Franco Rezende – Analista Executivo de Defesa Social – Assistente Social do HCTP-BBC-I-“JV”.
- Narjara Arantes Ferreira Analista – Executivo de Defesa Social – Assistente Social da DPJ/SEJUSP.

Considerações finais e recomendações

Esse documento integra um conjunto de ações necessárias em andamento por iniciativa do TJMG para implantação de uma política de Estado, intersetorial e interdisciplinar, em atenção integral ao paciente judiciário no Estado de Minas Gerais, consonante com o que designa a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001). Uma política que envolva os diversos setores do poder público, saúde, justiça, assistência social, entre outros, em prol dos direitos desses cidadãos, conforme determina a Constituição Federal.

Ao chegarmos para iniciar os trabalhos, fomos recebidos pelo Diretor Geral do Hospital, quando explicamos a metodologia a ser aplicada para dar cumprimento à Portaria Conjunta nº 1.068/2020 do TJMG (MINAS GERAIS, 2020b). Durante toda a visita, contamos com a parceria do Diretor e dos servidores da unidade para fornecer as informações, disponibilizar os espaços para alojamento da equipe e o acesso aos documentos, sem criar obstáculos ao trabalho a ser realizado. Encontramos clara disposição e discernimento sobre a importância da ação deflagrada em todos os atores nela envolvidos.

No curso das três semanas na instituição, foi possível acolher vários relatos por parte da Direção, da Direção de Atendimento, dos profissionais de saúde, dos agentes de segurança, do serviço de inteligência e demais servidores da unidade, enfatizando nunca ter havido uma ação interessada em olhar para o que acontece na instituição, seja no tratamento aos pacientes ou quanto ao seu funcionamento geral, dando-lhes a palavra e ouvindo-os. Destaque foi dado à importância da presença do Poder Judiciário naquele Hospital de Custódia, angariando elementos sobre as condições de tratamento dos pacientes judiciários internados no local, com vistas a subsidiar ações do GMF do TJMG.

Diversos profissionais manifestaram depositar nessa ação uma esperança de que o poder público, ao voltar seu olhar para a instituição, possa intervir sobre a estrutura atual, promovendo o que for necessário e de direito para melhorar as condições de trabalho, a estrutura física e recursos humanos, revendo os protocolos e regimentos normativos institucionais e garantir a efetividade de um tratamento em saúde mental em condições de alçar à supremacia de todo e qualquer processo de trabalho os direitos do paciente judiciário: um ser falante que, com seu saber singular, integra a direção de seu tratamento, indicando, à sua maneira, como dar-lhe acesso ao gozo de seu direito à saúde, tendo por corolário o princípio da dignidade da pessoa humana e os demais direitos fundamentais.

Para dar luz aos elementos trazidos em relevo neste relatório, foi essencial a colaboração esclarecida e decidida de todos que participam do cotidiano daquela instituição. É fundamental registrar aqui que muitos procuraram individualmente esta equipe, por decisão própria, para relatar sua posição diante do funcionamento institucional, elencando maiores informações ao processo e apresentando sugestões em diversos níveis em prol do maior interesse dos pacientes ali internados.

Se, por um lado, o relatório registra as irregularidades do funcionamento e violações de direito a partir do que foi falado pelos pacientes judiciários, pelas discussões, conversas e entrevistas com os profissionais da casa e pelas constatações *in loco*, é importante destacar a dedicação de muitos dos servidores ali instalados em se dobrar para fazer acontecer, o que indica sua orientação como cidadão e sua posição ética no exercício de sua profissão.

Este relatório procurou, dentro dos limites de seu alcance, dar lugar a essa polifonia, que, mesmo em condições tão adversas e improváveis, guarda a potência do desejo em cada um que tomou a palavra durante aqueles dias, paciente ou trabalhador, igualmente seres falantes, ofertando-se ao trabalho e empenhando seus maiores esforços para transmitir, a partir do que o causa e lhe concerne, a interdição de situação intolerável para o que se chama humanidade e que se arrasta há muitas décadas. As palavras que nos foram confiadas reverberam na redação deste relatório como um grito que vocifera a potência vivaz do ser falante e seu desejo de laço, forçando sua voz, à sua maneira, a atravessar os muros e ecoar no corpo daqueles que se encontram hoje em condições de deliberar a transformação necessária em nome da loucura de cada um.

Assim feito e relatado, seguem as recomendações:

Recomendações

Considerando os elementos angariados por meio de ação engendrada pela Portaria Conjunta nº 1.068/2020/TJMG (MINAS GERAIS, 2020), passa-se às recomendações necessárias para dar cumprimento integral à Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) a respeito dos pacientes judiciários em cumprimento de medida de segurança de internação, zelando pelas garantias de acesso à justiça e à saúde.

Com o advento das disposições normativas sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a medida de segurança, quando determinada judicialmente como uma medida obrigatória por força de sentença penal, se o for na modalidade de internação, deve estar de acordo com o que preconiza a atual legislação sobre o modelo assistencial em saúde mental, ou seja, a internação é uma excepcionalidade. Ela só pode ocorrer por estrita prescrição e critérios clínicos, circunscrita ao momento atual do paciente, consubstanciada por relatório interdisciplinar, médico

e psicossocial, bem como ter sua duração determinada pelo tempo necessário de atenção à crise, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e, sobretudo, visando, de modo permanente, à ampliação dos recursos de laço social do sujeito e seu acesso irrestrito à Raps de seu território, promovendo sua reinserção.

Os indicadores de estrutura e de processo tomados como referência deste estudo mostram que o HCTP-BBC-I-“JV” está em situação irregular e incorrendo em violações de direitos de forma persistente, pois, diante da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), É INADMISSÍVEL o confinamento de pessoas em situação de sofrimento psíquico em instituições asilares, trancadas a cadeados, em espaços gradeados sem acesso ao convívio livre em espaço terapêutico e comunitário; a presença de espaços restritivos — celas fortes, celas individuais isoladas — como lugar ou método de tratamento; o apagamento do direito inviolável à intimidade através de espaços para banho sem portas e instalações adequadas quanto ao aspecto sanitário (vasos sanitários sem condições de uso, sem privacidade, papel higiênico e descarga fora do alcance de quem usa, chuveiros sem controle de temperatura); a falta de relógios, calendários e espelhos de corpo inteiro que conectem o sujeito à dimensão do tempo e espaço e imagem de si próprio; a precariedade na composição do quadro de recursos humanos, nos diversos níveis da atenção à saúde; a inexistência de projeto terapêutico institucional; a ausência do acompanhamento diuturno e horizontal ao paciente judiciário por profissionais de saúde; a falta de acolhimento da singularidade do sintoma do sujeito, sua fala, saber e consentimento quanto às coordenadas da prática terapêutica que lhe concerne; a distância entre o paciente e os profissionais de saúde; o uso de algemas, o trânsito com algemas e sob vigilância de força maior; a falta de protocolos e projetos especializados em atenção à saúde do idoso, da mulher e das pessoas com deficiências; a submissão da terapêutica aos protocolos de segurança; contenções físicas conduzidas por agentes de segurança, sem prescrição médica; a falta de respiradores mecânicos, carrinho de parada cardiorrespiratória, monitor cardíaco e desfibrilador, etc.; dificuldade no fornecimento de medicação; marmitas entregues no chão, do lado de fora das grades; a obstrução do uso dos refeitórios para realizar as refeições; a falta de acesso à música, à cultura, ao lazer, ao esporte, ao encontro familiar, à vida sexual; um hospital sem pessoal contratado para fazer a limpeza; sem cuecas, sem calcinhas, sem sutiãs.

É INADMISSÍVEL.

A existência da vida humana é o bastante para que se possa exigir trato com dignidade. Não existe tratamento tolerável nessas condições, configurando situação irregular violadora de direitos que exige providências.

Isso posto, recomenda-se:

1) Quanto aos 113 pacientes judiciários que continuam internados no Hospital e foram objeto deste trabalho:

a) Que sejam apreciados pela autoridade judicial competente os 100 pareceres interdisciplinares realizados, a fim de possibilitar a desinternação imediata dos pacientes cuja necessidade excepcional da internação encontra-se cessada. Para aqueles que ainda necessitam da atenção à crise e for determinada a continuidade de seu tratamento na modalidade da internação, que esta ocorra, irredutivelmente, sem prejuízo da garantia a cada um deles do acesso ao tratamento digno em estrita conformidade ao que estabelece a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), como é de seu direito. E, ainda, que tal excepcionalidade seja impreterivelmente revista por equipe interdisciplinar do PAI-PJ/TJMG, no máximo em três meses, com vistas a verificar a possibilidade de sua desinternação e acompanhamento junto aos serviços extra-hospitalares de seu território.

b) Que seja verificada com prioridade absoluta a desinternação dos 13 pacientes relacionados (documento institucional específico) que aguardam vagas em residências terapêuticas a serem providenciadas pelo Estado em coordenação pelos municípios, pois a demora dos respectivos entes do executado não pode estender o período de internação dos que têm alvará de soltura e ordem de desinternação expedida por autoridade judicial.

c) Que seja avaliada pela autoridade judicial, como prioridade, a indicação de desinternação dos 16 pacientes relacionados (documento institucional específico), segundo o projeto terapêutico singular proposto por parecer interdisciplinar, por sua condição de saúde debilitada, necessidade de cuidados especiais e/ou pela extensão do tempo de sua prisão/internação no sistema prisional.

2) Quanto às condições de tratamento no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Barbacena I – Jorge Vaz:

a) Que seja determinada a realização de uma reforma do espaço físico do Hospital de Custódia, cujo projeto a ser executado esteja de acordo com o modelo assistencial em saúde mental estabelecido pela Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), observados os parâmetros das normas específicas referentes à área de engenharia, arquitetura e vigilância sanitária em vigor por meio da Resolução RDC nº 50/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2002a), e as diretrizes e normas estabelecidas em âmbito nacional para a assistência hospitalar em psiquiatria no Sistema Único de Saúde, estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 251/GM/2002 (BRASIL, 2002b).

b) Que, concomitantemente à reforma da estrutura física, possa ser construído por escrito, tal como determina a legislação pertinente, o Projeto Terapêutico Institucional, definindo o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para o tratamento do sofrimento psíquico do paciente, desde a admissão até a sua desinternação, visando, permanentemente, à ampliação de seus recursos de sociabilidade; para tanto, isso inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares que ofereçam os recursos necessários relacionados ao melhor tratamento para cuidar da saúde, bem como aqueles relacionados à ampliação de recursos simbólicos com o acesso à cultura, à arte, à escrita e leitura, ao esporte, etc., adequados às condições de tratamento e compatíveis com a necessidade de cada um, seus desejos, projetos e necessidades, junto à sua rede de apoio social, família ou outros, em seu território.

c) Que seja estudada a possibilidade do credenciamento do HCTP-BBC-I-“JV” à Rede SUS (Sistema Único de Saúde), de forma que seu funcionamento aconteça em estrita obediência ao que definem os protocolos de saúde pública e as disposições normativas no campo da saúde mental, seguindo os princípios da excepcionalidade, qualidade e brevidade da internação, horizontalidade na assistência, integrada à rede extra-hospitalar e comunitária, visando, permanentemente, às condições de desinternação; que, como qualquer instituição psiquiátrica brasileira, o Hospital de Custódia

possa ser avaliado, anualmente, pelos indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH/ Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria do Ministério da Saúde, segundo os indicadores de estrutura do espaço físico, dos processos de funcionamento da assistência, da regulação dos leitos e dos procedimentos de desospitalização; em consonância com a lógica da promoção da saúde integral para todos, sem qualquer discriminação; pois o SUS tem função regulatória dos sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008, que define macrodiretrizes para regular a atenção e o acesso à saúde, com o objetivo de garantir adequada prestação de ações e serviços de saúde.

d) Que seja constituído um comitê técnico interinstitucional, com o objetivo de apresentar um parecer interdisciplinar consubstanciado sobre a função, os limites e a necessidade da manutenção de uma equipe de segurança num serviço hospitalar de tratamento psiquiátrico em atenção ao paciente judiciário em situação de crise, considerando os princípios estabelecidos pela legislação atual, uma vez que, como foi possível verificar, a lógica da segurança inviabiliza a execução da terapêutica condigna à lógica da saúde, chegando a suplantá-la, impedindo que as ações de atenção ao paciente judiciário aconteçam em sua integralidade e resultando em violação de direitos.

e) E recomenda-se SOBRETUDO que seja fechada a porta de entrada do Hospital de Custódia quanto ao recebimento de pacientes judiciários para o cumprimento de medida de segurança de internação ou para tratamento temporário, enquanto suas condições não estiverem ajustadas às recomendações listadas neste item 2 das recomendações deste relatório. Condição *sine qua non* para a promoção do tratamento digno às das pessoas em situação de sofrimento psíquico consentâneo à promoção de seus direitos, conforme o disposto na Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), no Decreto Federal nº 6.949/2009 (BRASIL, 2009b), no Estatuto do Idoso e pelas normas da Anvisa.

3) Quanto à política de atenção integral ao paciente judiciário do Estado de Minas Gerais:

a) Que seja constituída formalmente uma Comissão para promover a articulação dos meios necessários, em todos os âmbitos do poder público, para a

implantação de uma política de atenção integral ao paciente judiciário, com representantes do TJMG, da Secretaria de Estado de Saúde, da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública e de outros órgãos pertinentes à matéria, com a função de analisar, propor e pactuar ações, fluxos e normas técnicas para a conduta interinstitucional com vistas a consolidar um modelo de atenção integral ao tratamento do paciente judiciário, interdisciplinar e intersetorial, articulado em malha diversificada de serviços territoriais, garantindo a continuidade do cuidado por meio da articulação permanente com os diversos pontos da Raps, capazes de permanentemente promover o laço social e assegurar os direitos dos pacientes, conforme o detalhe de sua condição singular; aponta-se ainda atribuir a esta comissão o acompanhamento das recomendações dispostas acima, no tópico 2.

b) Que seja fomentada a cooperação entre PAI-PJ e EJEJ/TJMG, para a formação permanente dos juízes do TJMG quanto à política de atenção integral ao paciente judiciário segundo a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e seus impactos na prática jurisdicional.

c) Que seja dado amplo conhecimento deste relatório, como é de direito, às instâncias e órgãos competentes que se fizerem necessários, para as providências cabíveis.

Belo Horizonte, 16 de novembro de 2020

Fernanda Otoni de Barros Brisset

REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 7.201, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. CNJ Serviço: o que é “incidente de insanidade mental”? *Agência CNJ de Notícias*, 21 set. 2018. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnj-servico-o-que-e-incidente-de-insanidade-mental/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Recomendação do Conselho Nacional de Justiça – CNJ nº 35, de 12 de julho de 2011. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. *Diário Judiciário eletrônico/CNJ*, Brasília, DF, n. 129, p. 2-3, 14 jul. 2011. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files//recomendacao/recomendacao_35_12072011_22102012170144.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Resolução do Conselho Nacional de Justiça – CNJ nº 96, de 27 de outubro de 2009. Dispõe sobre o Projeto Começar de Novo no âmbito do Poder Judiciário, institui o Portal de Oportunidades e dá outras

providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 nov. 2009a. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=111422>. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Resolução do Conselho Nacional de Justiça – CNJ nº 113, de 20 de abril de 2010. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. *Diário Judiciário eletrônico/CNJ*, Brasília, DF, n. 73, p. 3-7, 26 abr. 2010. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_113_20042010_25032019153433.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988*. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 mar.2002a. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/legislacao/rdc-2002-50.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria do Ministério da Saúde nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1º fev. 2002b. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_251.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria do Ministério da Saúde nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS) *Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde: Ação Nacional - PT GM/MS nº 2.398/2011* Brasília: MS; 2011.

BRASIL. Ministério Público Federal (MPF). Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001*. Ed. rev. e corrig. Brasília, 2011. Disponível em: https://app.uff.br/observatorio/uploads/20- parecer medidas_seguranca_web1.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2009b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1940, *retificado em 3 jan. 1941*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 out. 1941 e *retificado em 24 out. 1941*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRISSET, F. O. B. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=3050488>. Acesso em: 16 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.057, de 20 de setembro de 2013. Consolida as diversas resoluções da área da psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 2013. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=261677>. Acesso em: 16 nov. 2020.

FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica (1961)*. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão (1973)*. Tradução de Denize Lezan de Almeida. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

FOUCAULT, M. *Os anormais (1974-1975)*. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2001.

LACAN, J. *O seminário, livro 23: o sinthoma. (1975-1976)*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. Decreto nº 7.471, de 31 de janeiro de 1927. Aprova o regulamento da assistência a alienados de Minas Gerais. *Minas Gerais*, Belo Horizonte, 31 jan. 1927. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:minas.gerais:estadual:decreto:1927-01-31;7471>. Acesso em: 16 nov. 2020.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. Órgão Especial. Resolução nº 925, de 24 de junho de 2020. Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa Novos Rumos no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. *Diário do Judiciário eletrônico*, Belo Horizonte, 26 jun. 2020a. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/re09252020.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. Portaria Conjunta nº 1.068, de 13 de outubro de 2020. Dispõe sobre as regras para elaboração de estudos psicossociais dos pacientes do Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, na Comarca de Barbacena. *Diário do Judiciário eletrônico*, Belo Horizonte, 15 out. 2020b. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/pc10682020.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. *A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental*. 17 dez. 1991. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/COCOM/arquivos/centros_de_apoio/cao_direitos_humanos/direitos_humanos/idoso_e_deficiente/protPessoasTranstorno.htm. Acesso em: 16 nov. 2020.

SILVA, Eliane Mussel da; LEITE, Lília Freitas; RIBEIRO, Vanuza Fortes; GARCIA, Guilherme Freire. Protocolo de contenção física de pacientes. Belo Horizonte: FHEMIG, 2012/2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/299432801_protocolo_de_contencao_fisica_de_pacientes_medical_guideline_for_physical_restraint_in_emergency_setting. Acesso em: 16 nov. 2020.

ANEXOS



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Tribunal de Justiça

Publicação: 16/10/2020
DJ: 15/10/2020

PORTARIA CONJUNTA Nº 1068/PR/2020

Dispõe sobre as regras para elaboração de estudos psicossociais dos pacientes do Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, na Comarca de Barbacena.

O PRESIDENTE DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, a COORDENADORA-GERAL DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE DO JUDICIÁRIO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS e o SUPERVISOR DO GRUPO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DO SISTEMA CARCERÁRIO E SOCIOEDUCATIVO DE MINAS GERAIS, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO ser Missão do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais - TJMG garantir, no âmbito de sua competência, a prestação jurisdicional com qualidade, eficiência e presteza, de forma a atender aos anseios da sociedade e constituir-se em instrumento efetivo de justiça, equidade e de promoção da paz social;

CONSIDERANDO o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e a necessidade de promover a atenção integral ao paciente do judiciário no cumprimento das medidas de segurança, nos termos do disposto no art. 99 do [Código Penal](#) c/c art. 4º, §2o, da [Lei federal nº 10.216](#), de 6 de abril de 2001;

CONSIDERANDO que o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ e o Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo - GMF são seguimentos do Programa Novos Rumos, iniciativa que acumula valiosas experiências no sentido da preservação da dignidade da pessoa custodiada;

CONSIDERANDO o disposto no inciso V do art. 5º da [Resolução do Conselho Nacional de Justiça - CNJ nº 96](#), de 27 de outubro de 2009, que elenca dentre as atribuições do GMF a de "acompanhar e propor soluções em face das irregularidades verificadas nos mutirões carcerários e nas inspeções em estabelecimentos penais, inclusive Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Delegacias Públicas";

CONSIDERANDO a inspeção realizada no Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, pela Coordenação do GMF, com o apoio da Coordenação do PAI-PJ, no dia 25 de setembro de 2020;

CONSIDERANDO o que constou no processo do Sistema Eletrônico de Informações - SEI nº 0109742-25.2020.8.13.0000,

RESOLVEM:



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Tribunal de Justiça

Art. 1º A elaboração de estudos psicossociais dos pacientes do Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, na Comarca de Barbacena, observará o disposto nesta Portaria Conjunta.

Art. 2º Os estudos a que se refere esta Portaria Conjunta serão realizados no período de 19 a 30 de outubro de 2020, por uma equipe designada pela Coordenação do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ.

§ 1º O período de realização a que se refere o "caput" deste artigo poderá ser prorrogado, se necessário.

§ 2º A coordenação dos trabalhos ficará a cargo da servidora Fernanda Otoni de Barros-Brisset, Coordenadora Técnica do PAI-PJ.

Art. 3º Os estudos terão como objetivo:

I - elaborar relatórios psicossociais dos pacientes do Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz;

II - angariar elementos sobre as condições de tratamento dos pacientes internados no local para subsidiar as ações do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo - GMF no exercício das atribuições descritas no inciso V do art. 5º da [Resolução do Conselho Nacional de Justiça - CNJ nº 96](#), de 27 de outubro de 2009.

Art. 4º Os relatórios individuais dos estudos psicossociais elaborados serão apresentados ao respectivo juízo em que tramitam as medidas de segurança, cumprindo a atribuição de assessorar a Justiça de Primeira Instância, de acordo com o disposto no art. 6º da [Resolução do Órgão Especial nº 925](#), de 24 de junho de 2020.

Art. 5º A Coordenadora Técnica do PAI-PJ apresentará relatório ao PAI-PJ e ao GMF, em até 10 (dez) dias após o término dos estudos, contendo:

I - descritivo de todas as ações realizadas durante o período dos estudos;

II - dados sobre os estudos psicossociais que foram realizados, inclusive sobre quantitativo de casos em que a desinternação se mostrou indicada;

III - detalhamento das condições de tratamento existentes no local;

IV - outros elementos que entenda relevantes.

Art. 6º Esta Portaria Conjunta entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 13 de outubro de 2020.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública
Hospital Psiquiátrico Jorge Vaz

Rodrigues

Memorando.SEJU.SP/HOSP. PSIQ. JORGE VAZ.nº 380/2020

Barbacena, 16 de abril de 2020.

Para: Helenita Maria das Graças Ferreira

Diretora de Atendimento e Ressocialização HPJJV

Assunto: Relatório NTP - Horta Terapêutica HPJJV

Referência: [Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 1450.01.0055073/2020-10].

Senhora Diretora,

Considerando que a Direção-Geral deste Hospital, o Sr. Felipe Esteves Milício de Souza, solicitou no início de sua gestão uma análise situacional de todos os setores da Unidade, e na oportunidade recebeu uma matriz SWAT referente à situação geral do setor de Produção e Trabalho.

Considerando a solicitação de relatório por escrito desta Diretora de Atendimento e Ressocialização - DAR, Sra. Helenita Maria das Graças Ferreira, a respeito da situação da horta terapêutica neste Hospital.

Objetivando formalizar a situação da horta terapêutica no Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, seguem abaixo as considerações.

Desde que entrei em exercício no HPJJV, em fevereiro de 2016, a horta passou por inúmeras modificações. Anteriormente, não havia nenhum controle das atividades ou dos insumos referentes à horta e a produção nesta Unidade. Destaco que a ex-diretora administrativa Gisele Gioconda Silvino Pissolati, solicitou a intervenção nesta situação e desde então tenho normatizado de acordo com as Diretrizes da DTP, tanto o trabalho dos pacientes quanto a produção. Nesta oportunidade, foram iniciados os serviços de DAE's dos produtos aqui comercializados, o controle da produção/insumos e das horas trabalhadas pelos pacientes, solicitação de Despesa Miúda de Produção para aquisição de ferramentas, controle do maquinário e ferramentas do NTP, atendimentos para classificação dos pacientes, organização e lançamentos no Infopen/Sigpri e cadastro de instituições para recebimento de doação. Sendo que atualmente contamos com mais de 20 instituições cadastradas no Sistema, que recebem as doações em sistema de revezamento.

É oportuno relatar que até Agosto/2019 a horta mantinha regularidade nas atividades laboroterápicas, com algumas dificuldades relativas à gestão haja vista que não havia definição do plano de trabalho. Outros dificultadores eram a inserção no trabalho devido ao desinteresse dos pacientes em

participar da atividade e à classificação de CTC, pois constavam poucos pacientes indicados pela equipe e as reuniões de CTC em alguns momentos foram poucas, gerando esse gargalo na atividade.

Seguindo as Diretrizes relativas à saúde do indivíduo portador de sofrimento mental esta Instituição colaborou para que os pacientes com laudo favoráveis fossem desinstitucionalizados, para realizar tratamento ambulatorial, com o apoio da rede assistencial. Assim sendo, diversos pacientes que participaram das atividades na horta terapêutica foram desinternados deste Hospital. Desta forma, os pacientes mais antigos que dominavam as técnicas de cultivo de hortaliças, foram desinternados e o conhecimento foi sendo extinto, não sendo possível substituir os pacientes por outros que soubessem cultivar.

Alguns problemas das atividades laborerápicas na horta são antigos e perduram até hoje. Dentre eles podemos citar a indefinição do objetivo da atividade para o paciente, pois em algumas oportunidades a unidade se volta para o trabalho como terapia, e em outras exige do paciente que haja produção e/ou que sejam feitas as atividades de manutenção da unidade. Sendo que quando necessário fazer alguma atividade de manutenção para festividades, visitas técnicas e outros eventos há a descontinuidade das atividades de laborerápicas na horta, seja através da retirada do ASP que faz a escolta e no passado recente utilizando o paciente que estava na atividade de horta para executar a tarefa de manutenção. Ressalto que em meados de 2019, na oportunidade da visita do Sr. Rodrigo Machado, Diretor do DEPEN, e posteriormente na visita do General Mário Lúcio, Secretário de Justiça e Segurança Pública isso ocorreu. E em nenhuma dessas oportunidades o NTP é consultado ou mesmo comunicado da suspensão das atividades.

Com relação aos insumos utilizados na horta contamos com a doação de mudas pela empresa Kamará Agromudas Ltda que há anos auxilia na produção de hortaliças nesta Unidade. Esporadicamente contamos com o pagamento de Despesa Miúda de Produção no valor de R\$1.000,00 que possibilita a aquisição de material de consumo para todas as oficinas de produção e não exclusivamente a atividade de horta. É relevante citar que atualmente contamos com 3 oficinas de produção sendo faxina, lavanderia e a horta, podendo ser implementada a quarta oficina que seria a de costura.

Ainda na tentativa de coordenar de maneira técnica a oficina de horta este NTP, mediante autorização do Sr. Diretor Geral, entrei em contato com o IF Sudeste de Minas Gerais para tentar viabilizar um projeto técnico. Tal projeto permitiria o ensino e a realização de um trabalho de horticultura profissionalizado aos pacientes deste Hospital, através de alunos estagiários do curso de técnicas agrícolas. Contudo devido às medidas de isolamento adotadas neste período ainda não obtivemos retorno.

É imprescindível o controle das fermentas e maquinários pertencentes ao NTP, sendo que a própria DTP está constantemente solicitando planilhas com os controles relativos aos materiais. Nesse aspecto é importante explicar que a Gerente de Produção que vos dirige, em momento algum, teve posse da chave da horta ou do depósito de materiais, ficando estes sobre responsabilidade da Segurança. Sendo que constantemente ao me dirigir à horta na atualidade encontro os portões trancados.

Em algumas ocasiões relatei as Direções deste Hospital minha preocupação com a existência de duas hortas neste Hospital. Tratam-se de duas áreas grandes que exigiriam cuidados permanentes, logo seria inviável considerando a capacidade laboral dos pacientes, a quantidade reduzida de pacientes indicados, a possibilidades de escolta da segurança, os recursos disponíveis para a manutenção, continuidade e o controle de das atividades.

Informo que nos últimos meses os pacientes vem participando irregularmente da atividade na horta, pois os ASP's que faziam as escoltas estavam de férias e por diversas vezes eram deslocados para acompanhar os presos oriundos do Presídio de Barbacena que estavam trabalhando neste Hospital. Então, os pacientes indicados para as atividades laborerápicas na horta ou eram retirados em número reduzido ou não eram retirados.

Não poderia deixar de citar neste relatório que houveram problemas com o ASP Ederson, sendo necessário levar a conhecimento da Direção Geral e de Segurança. Na ocasião a Diretora de Atendimento não estava presente na Unidade, sendo todos os acontecimentos relatos verbalmente para a Diretora por esta Gerente de Produção recentemente. E uma das situações foi formalizada através do SEI nº 1450.01.0027603/2020-38.

Destaco que segundo o REMP o NTP é composto pelo Gerente de Produção e 01 (um) assistente administrativo, cuja função é realizar os trabalhos administrativos do setor. Atualmente eu acumulo as todas as tarefas das duas funções no NTP.

Para finalizar este relatório solicito que a Direção de Atendimento defina por escrito as metas, em específico para a horta, e para o NTP. Visto que as atividades do NTP segundo o REMP não se resumem exclusivamente à horta.

Sem mais para o momento coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Respeitosamente,



Documento assinado eletronicamente por **Diana Miquele de Oliveira Silva Neves, Servidor(a) Público(a)**, em 17/04/2020, às 08:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **13488112** e o código CRC **0616CB9C**.

RELATÓRIO

“Visita 09 de Julho”

RELATÓRIO: VISITA 9 DE JULHO

Fernanda Otoni de Barros Brisset ^{1}*

*"O doido passeia
pela cidade sua loucura mansa.
É reconhecido seu direito
à loucura. Sua profissão.
Entra e come onde quer. Há níqueis
reservados para ele em toda casa.
Torna-se o doido municipal,
respeitável como o juiz, o coletor,
os negociantes, o vigário.
O doido é sagrado. Mas, se endoia
de jogar pedra, vai preso no cubículo
mais tétrico e lodoso da cadeia."
(*"Doido"*, de Carlos Drumond de Andrade)*

No dia 9 de julho de 2021, integrantes do Grupo de Monitoramento e Fiscalização (GMF) do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de Minas (PAI-PJ), do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG), do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Saúde de Defesa dos Direitos Humanos do Ministério Público de Minas Gerais (CAODH), da Secretaria de Justiça e Segurança Pública do Estado de Minas Gerais (SEJUSP-MG) e outros visitaram o Hospital Psiquiátrico e Judiciário de Barbacena (HPJB) por cerca de duas horas. Com o objetivo de verificar se foram implementadas medidas para garantir que as condições e os recursos de tratamento em saúde mental, dispensados aos pacientes judiciários internados na instituição, estavam compatíveis com o que determina a Lei nº 10.216/2001, considerando a necessidade de uma readequação estrutural e organizacional e a

^{1*} Fundadora e atual Diretora Clínica do PAI-PJ. À época da elaboração deste relatório, Coordenadora Técnica do PAI-PJ.

formulação de um projeto institucional de atenção integral ao paciente judiciário, em estrita consonância com as diretrizes nacionais de assistência em saúde mental. Visando, com a urgência que a situação exige, a sanar as irregularidades apresentadas pelo relatório *Em nome da loucura*, consignado em 16 de novembro de 2020 e publicado no processo SEI nº 0131275-40.2020.13.0000, após criteriosa avaliação e análise das condições de tratamento do HPJB, conforme determinado através da Portaria nº 1068/2020 do TJMG.

Para exarar o presente relatório, tomaremos como ponto de partida a situação encontrada por ocasião da análise dos dados apresentados no relatório *Em nome da loucura*, referentes a outubro de 2020, cruzando essas informações com a observação realizada durante a visita do dia 9 de julho de 2021. Antes, apresentaremos as considerações normativas que estabelecem as diretrizes para o tratamento em saúde mental em estabelecimentos hospitalares, uma vez que o HPJB, ainda que seja um estabelecimento vinculado à SEJUSP do Estado de Minas Gerais, é fundamentalmente um hospital psiquiátrico, pois, segundo a Portaria Ministerial nº 251/2002, “entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação”. Tendo como escopo os marcos legais e normativos, relataremos o que se apresentou no cenário atual do hospital, dentro do recorte do que foi possível averiguar durante a visita e as nossas considerações finais.

1) Considerações norteadoras das diretrizes e marcos normativos para o tratamento da saúde mental em hospital psiquiátrico

O art. 4º da Lei nº 10.216/2001 prevê que a internação, em qualquer de suas modalidades, é uma excepcionalidade e só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Conforme tal lei, a internação deve ter “como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio” e o regime de internação “será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”, garantindo que, durante a permanência nessa medida extrema e circunstancial, a pessoa seja assistida em sua integralidade.

Decorre dessa disposição normativa que é obrigação irredutível dos serviços oferecidos por uma unidade hospitalar psiquiátrica garantir que as pessoas ali internadas, desde a sua entrada na instituição, tenham acesso aos recursos necessários para seu tratamento em consonância com a sua singularidade clínica e social, visando, prioritariamente, ao restabelecimento das condições para seu retorno ao convívio social, quando seguirá o tratamento em base comunitária e em rede diversificada de serviços territoriais, conforme estabelece a Lei nº 10.216/2001.

Para tanto, o tratamento em saúde mental, em regime de internação, deve garantir, de forma continuada, a diversidade de ofertas e recursos terapêuticos nos vários níveis de complexidade assistencial, com capacidade de promover permanentemente o laço social, a convivência comunitária, a liberdade de expressão de seus afetos, projetos e impasses, assegurando direitos através da multiprofissionalidade integrada a uma rede na prestação de serviços.

Para garantir a atenção em saúde mental voltada para a inserção social, tal como preconiza a Lei nº 10.216/2001, por se tratar a internação de uma situação excepcional que, prolongada, acentua o sofrimento psíquico e a ruptura do laço social, o Ministério da Saúde estabeleceu, através da Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002, as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em hospitais psiquiátricos do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, definindo seu funcionamento e estrutura. Tal portaria é uma orientação normativa fundamental e determina que haja o registro adequado, em prontuário único, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos ofertados aos pacientes. Essa determinação visa, sobretudo, a garantir que o sujeito internado não seja objetificado e segregado aos porões da loucura, mas que seja ouvido diuturnamente, em que suas palavras, sintomas, queixas, desejos e as respostas, que lhe concerne o projeto terapêutico, sejam o material que orienta a direção do seu tratamento. Enfim, que a bússola do tratamento seja a expressão subjetiva a partir do saber que o sujeito tem sobre o seu próprio sofrimento. Para tanto, aquela determinação garante aos pacientes, na excepcionalidade provisória de uma internação, o direito à palavra, ao convívio com o próximo, o acesso aos meios para tratar a dor de existir, sejam materiais, terapêuticos, farmacológicos, culturais, dentre outras artes que ampliem seus recursos de sociabilidade.

Seguindo essa diretriz, um hospital psiquiátrico deve oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

a) avaliação médico-psicológica e social; b) garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual; c) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros); d) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas); e) preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica quando indicado, sempre com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente, visando a prevenir a ocorrência de outras internações; f) essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Tal projeto inclui ainda o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve também a existência de um sistema de referência e contrarreferência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito; g) desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência – aqueles com mais de 01 (um) ano ininterrupto de internação. O projeto deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar; h) desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência; i) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento. (Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002 do Ministério da Saúde).

A portaria ainda proíbe expressamente a existência de espaços restritivos (celas fortes).

Como salta aos olhos, a orientação que exala dessas diretrizes e disposições normativas consiste que o tratamento num regime de internação não deve, em hipótese alguma, reduzir-se à administração da medicação e ao isolamento social até

remissão dos sintomas para retorno ao convívio. O investimento a ser feito, durante uma circunstância excepcional de crise em um intenso sofrimento psíquico, está em proceder, concomitantemente à administração de recursos farmacológicos específicos à singularidade de cada caso, à oferta de recursos terapêuticos que favoreçam a expressão da singularidade de cada um junto aos outros (usuários, familiares, equipe psicossocial, etc.), ampliando as condições de sociabilidade, de convívio, de vida comunitária, laborativa, cidadã, etc.

Considerando o que determina a Lei nº 10.216/2001, as diretrizes da Portaria Ministerial nº 251/2002, a Resolução nº 944/2020 do TJMG e o disposto no relatório *Em nome da loucura*, apresentamos, sobretudo a partir de interrogantes que brotam da experiência com clínica da loucura, no campo da saúde mental, o que foi possível observar dentro dos limites do exíguo tempo de duas horas, durante a visita ao HPJB, relatando o que se segue.

2) Relato das condições encontradas no Hospital Psiquiátrico e Judiciário de Barbacena (HPJB) durante a visita

O mapa carcerário em outubro de 2020, conforme documento anexado no relatório *Em nome da loucura*, indicou que 116 pacientes estavam internados no HPJB naquela data, para cumprimento de medida de segurança. Entre os dias 13 e 31 de outubro de 2020, em cumprimento à Portaria nº 1.068/2020 do TJMG, equipes interdisciplinares do PAI-PJ, em conjunto com equipe psicossocial do HPJB, elaboraram pareceres interdisciplinares sobre a situação de cada um dos pacientes judiciários ali internados, indicando, em cada caso, uma proposta de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esses pareceres subsidiaram decisão da autoridade judicial, em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica. Essa ação também teve como objetivo angariar elementos sobre as condições de tratamento oferecido aos internos e análise do funcionamento da instituição.

Essa análise foi apresentada ao TJMG através do relatório *Em nome da loucura*, que registrou uma série de irregularidades violadoras de direitos encontrada na instituição (vide SEI nº 0131275-40.2020.8.13.0000). O relatório conclui com algumas recomendações, dentre elas o fechamento da porta de entrada, condição essencial para que o Estado possa promover as condições necessárias para que o tratamento

a ser prestado aos pacientes judiciários, quando a modalidade de internação se fizer necessária, aconteça irredutivelmente de acordo com o que preconiza a Lei nº 10.216/2001. Uma série de medidas foi apontada como necessária para que as irregularidades constatadas fossem afastadas, com a urgência que a situação exige.

Em seguida, para analisar 100 pareceres interdisciplinares juntados aos processos das respectivas medidas de segurança, durante o recesso do final do ano de 2020, o TJMG, numa ação conjunta entre o GMF e o PAI-PJ, determinou que fosse realizada uma cooperação de magistrados voluntários para analisar cada processo, cujo resultado foram 78 novas decisões de desinternação, além dos 13 casos que já aguardavam a desinternação e que motivaram todas essas ações, conforme relatado no “Relatório dos 13” (SEI nº 0090954-60.2021.8.13.0000). A partir desse marco, o que mudou?

2.1) Corpo técnico clínico e psicossocial

Em outubro de 2020, segundo documentado no relatório *Em nome da loucura*, não havia médicos psiquiatras assistentes na instituição, tendo apenas um médico clínico, quando a médica psiquiatra, perita, estava de licença. Havia relatos de que, algumas vezes, faltava a medicação. A visita realizada no dia 9 de julho de 2021, oito meses após a realização do relatório *Em nome da loucura*, pôde encontrar em seu percurso os esforços realizados pela SEJUSP-MG, para a ampliação da equipe médica e psicossocial, com vistas a modificar a precariedade de recursos humanos para prestar assistência à saúde daquela população. Hoje, a instituição conta em seu quadro com uma equipe multiprofissional como médicos clínicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeuta ocupacional. O Diretor do hospital também afirmou que a compra de medicação para os pacientes foi regularizada, sendo que todos os pacientes estão tendo acesso ao que lhes é prescrito, conforme orientação médica.

2.2) Situação atual dos pacientes internados no HPJB

Durante a visita realizada no dia 9 de julho do corrente mês, foi possível observar que, dos 116 pacientes que se encontravam internados em outubro de 2020,

68 foram desinternados e 48 ainda permanecem internados na instituição, sendo que 30 deles estão em situação irregular, pois há determinação judicial de desinternação nos respectivos processos. Entretanto, encontramos 110 pacientes internados na instituição, com evidente entrada de pacientes em data posterior a novembro de 2020, demonstrando que a porta de entrada continuou aberta, contrariando as pactuações estabelecidas interinstitucionalmente após a entrega do relatório.

Os 110 casos atualmente internos são: 30 pacientes que permanecem internados, conforme relatado, por aguardar vaga em Serviço Residencial Terapêutico; 31 pacientes estão internados para cumprimento de medida de segurança de internação; 29 pacientes foram internados para realização da perícia e outros 20 pacientes estão internados para tratamento temporário, segundo listagem fornecida pela assessoria técnica do Programa Novos Rumos do TJMG.

2.3) Internação para realização de perícia

Entende-se por "internação para realização da perícia" uma modalidade de internação que está em funcionamento há muitos anos no HPJB com a finalidade exclusiva de realização de perícia de cessação de periculosidade. Essa modalidade de internação não está prevista na Lei nº 10.216/2001 e em nenhuma outra orientação normativa em atenção à saúde mental acessível à pesquisa realizada. Os pacientes são internados após serem transferidos para o hospital vindos do sistema prisional ou, antes da pandemia, alguns se internavam para realização da perícia vindos de suas próprias casas, largando uma vida já estabelecida socialmente em condições de liberdade.

Essa prática está em absoluto desacordo com o que preconiza a Lei nº 10.216/2001, que é muito clara ao afirmar, em seu art. 6º, que "a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos". Realização de perícia não é um dos motivos que justifique a excepcionalidade da internação, que só é indicada, conforme disposto no art. 4º da Lei nº 10.216/2001, "quando os recursos extra-hospitalares não se mostrarem suficientes" para o tratamento. As perícias criminais no Estado de Minas Gerais, diferentemente das que são realizadas no HPJB, já acontecem de forma ambulatorial através do Instituto Raul Soares ou no PAI-PJ.

Chama a atenção que, dos 29 pacientes internados aguardando a perícia no HPJB, a maioria (16) esteja internada há mais de seis meses no hospital. Há registro de paciente internado, aguardando perícia, desde 2015, e outro paciente que aguarda desde 2019, segundo informação específica institucional. Manter uma pessoa em situação de privação de liberdade, por tempo indeterminado, aguardando um exame pericial a ser realizado, sem data marcada previamente, configura uma situação inequívoca de violação de direitos. Afastado do território, o sujeito rompe com sua rotina, seu cotidiano, seus laços e espaços de troca simbólica, de fala, projetos e desejos que andavam enlaçados em rede de afetos. Rompe com seu mundo de sentidos para aguardar um exame pericial. Não faz sentido!

O verbo “aguardar” aqui guarda em si um infinito insondável, amordaça corpos falantes no infinitivo do silêncio, quando o tempo é indeterminado. Verbo que suspende a validade dos direitos fundamentais como garantia da dignidade da condição humana.

2.4) Internação para tratamento temporário

Entende-se por “internação para tratamento temporário” uma modalidade de internação cuja prática é muito comum dentro do sistema prisional. Tal prática consiste na transferência de pessoas que estão presas no presídio para serem internadas no HPJB. A privação de liberdade permanece. As pessoas que são objeto dessa prática estão, supostamente, em situação de sofrimento psíquico e, geralmente, tumultuam a rotina carcerária. Os diretores dos presídios solicitam a internação no hospital para um tratamento psiquiátrico temporário.

A modalidade da internação involuntária, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de um terceiro, deverá ocorrer conforme estabelece o art. 6º da Lei nº 10.216/2001, que determina que qualquer modalidade de internação deve ser precedida de um relatório médico consubstanciado, e, ainda, segundo o disposto no parágrafo único do art. 8º da mesma lei, “no prazo de setenta e duas horas, deverá ser comunicado ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do Estabelecimento [...] devendo este mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta,” sendo que o regime de internação só pode permanecer pelo tempo

estritamente necessário para remissão da crise, não se admitindo, em hipótese alguma, passado o tempo da crise, que a internação prossiga.

No caso dos pacientes internados para tratamento temporário no HPJB, geralmente, eles chegam para a internação levados por viatura policial, algemados, sem condução terapêutica adequada, através de encaminhamento de profissional do setor de saúde do presídio. Durante a visita, chamou atenção, nas internações para tratamento temporário realizadas no HPJB, que o tempo de duração da internação tem sido largamente superior ao tempo para atenção à crise verificado nas unidades hospitalares e/ou centros de atenção psicossocial da rede SUS.

A experiência clínica psicossocial em saúde mental, com a reforma psiquiátrica, demonstra que o tratamento psiquiátrico e psicossocial de atenção à crise que acontece na Rede SUS, zela prioritariamente para que a medida excepcional de internação tenha a duração da circunstância que a motiva, a saber, situação de intenso sofrimento psíquico em que a intensidade de sua perturbação e desorganização mental não permite ao sujeito, naquele momento, estar sozinho e coordenar as condições subjetivas e psíquicas para cuidar de si mesmo. Nesses momentos, designados como crises ou surtos, indica-se que o paciente seja acompanhado em regime de atenção 24 horas por equipe de saúde multidisciplinar qualificada para atender, intervir e acompanhar o paciente até a estabilização de seu quadro clínico, com presença terapêutica continuada e prescrição medicamentosa adequada à sua situação singular, visando ao apaziguamento da angústia e com a finalidade de restabelecer as condições para retorno ao convívio social. Não há um tempo estimado para restabelecimento da estabilidade psíquica; contudo, segundo literatura especializada, o quadro de crise aguda costuma ceder em alguns dias, se adequadas as intervenções terapêuticas e medicamentosas, raramente ultrapassando o período de um mês, ainda que possa ocorrer.

Chama a atenção, quanto aos pacientes que hoje estão internados para tratamento temporário no HPJB, o longo período durante o qual permanecem internados para tratamento temporário. Averiguamos, por exemplo, que dois deles, que estavam em celas isoladas, permaneciam um longo período de internação para tratamento temporário: um deles está internado desde março de 2020 e outro desde fevereiro de 2016, ou seja, há cinco anos internado para tratamento temporário, conforme informação institucional. É uma situação que, clinicamente, interroga a abordagem e investimento terapêuticos oferecidos na direção do tratamento, impondo necessariamente

uma revisão do projeto terapêutico singular com o objetivo de promoção da saúde mental do paciente, supostamente em crise por longo tempo. Os dois pacientes foram encontrados, durante a visita, em situação de intenso sofrimento psíquico, em condições muito precárias nas celas isoladas do hospital. Insuportavelmente, a situação observada com esses pacientes, no momento da visita, comparativamente ao que observamos em outubro de 2020, parece a mesma, inalterada.

2.5) Internação em celas "isoladas", ou "de proteção", ou "solitária" ou "celas fortes"

Entende-se por "celas isoladas" as celas também designadas como de "proteção", cuja antiga denominação era "solitária" ou "cela forte". Essas celas se caracterizam por ser um espaço individual, pequeno, gradeado, sem acesso ao convívio, à luz do sol, sem a liberdade de entrar e sair, onde as pessoas são presas e isoladas de qualquer contato humano, mesmo visual, com exceção do contato com o pessoal de segurança da instituição. É muitas vezes referida como uma medida de "proteção", sendo considerada por muitos críticos, tal como Elizabeth Vasiliades, em seu artigo "Solitary confinement and International Human Rights", publicado pela *American University International Law Review*, como uma forma de tortura psicológica.

As razões para a manutenção da internação de pacientes no isolado, e muitos lá se encontram por longos períodos de tempo, mesmo há anos, são apresentadas de diversas formas, como pudemos escutar durante a visita realizada: "é o melhor para ele, ele prefere assim"; "ele fica agitado e nervoso, inconveniente, não consegue conviver e precisa ser separado dos outros para sua proteção"; "para contenção da crise"; "para contenção da agressividade". Essas falas evocam a ideia de que o "isolado" vem a ser um espaço humanizado, um recurso terapêutico que traz tranquilidade para o sujeito, pode promover o esvaziamento da crise e ser um lugar de proteção e cuidado. Essa é uma ideia que está muito presente no discurso de muitos que convivem com o isolamento dos pacientes como se fosse um procedimento natural.

Contudo, conforme foi possível observar durante a ação do TJMG no HPJB, em outubro de 2020 e na visita de 9 de julho deste ano, o isolamento, a subtração do convívio com os outros, o silêncio e a solidão não são fatores que participam do tratamento em saúde mental; pelo contrário, potencializam a situação de sofrimento

psíquico, cujos efeitos deletérios podem ser observados a curto, médio e longo prazo, comprometendo a saúde física e mental do paciente mantido em isolamento, além de deteriorar sua capacidade de uso da linguagem e da fala para expressão subjetiva, tornando cada vez mais precários os seus recursos de laço social. É um procedimento mortífero para a condição humana, sendo proibido expressamente pela Portaria Ministerial nº 251/2002, que estabelece as diretrizes para o funcionamento de unidades hospitalares psiquiátricas.

Segundo Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.408/1994, em seu art. 5º, parágrafo II,

[...] em qualquer estabelecimento de saúde onde se presta assistência psiquiátrica é vedado o uso de 'celas fortes', 'camisa de força' e outros procedimentos lesivos à personalidade e saúde física ou psíquica dos pacientes, sendo dever do médico assistente denunciar ao Conselho Regional de Medicina sempre que tiver conhecimento e desrespeito desta norma. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.408/1994

Apesar de ser expressamente proibida a internação em celas isoladas, segundo as diretrizes e normativas nacionais de tratamento em saúde mental nas unidades hospitalares psiquiátricas, essa modalidade de internação ainda acontece no HPJB. Segundo o Relatório de Inspeção do HPJB entregue ao CNJ, cuja informação data de 26 de junho de 2021, 16 pacientes encontravam-se internados em celas denominadas "celas de proteção".

Chama a atenção, ao visitarmos essas instalações, a solidão na qual os pacientes ali se encontram, muitos entregues à produção delirante intensa, num solilóquio infinito, ou entregues a estereotípias motoras, ou em situação de inércia e perplexidade, sem investimento psicoterapêutico próximo e permanente. Indiscutivelmente, pacientes apresentando esse quadro no contexto do tratamento na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e/ou unidade hospitalar da Rede SUS, estariam sob observação permanente, com assistência 24 horas, através de acompanhamento atento de um profissional qualificado que possa assistir o paciente, no trabalho de construção de uma saída para a angústia, secretariando-o no atravessamento da crise até alcançar as condições do convívio. Não observamos esse tipo de investimento terapêutico sendo

dispensado aos pacientes em situação de sofrimento evidente; nós os encontramos sozinhos e isolados.

O isolamento social é, indiscutivelmente, fator que potencializa o sofrimento psíquico. Toda e qualquer prática que promova o cerceamento da palavra, do convívio e da circulação do ser entre pares e outros, que determine que o corpo se isole e se entregue ao silêncio, sem ouvir os ecos da expressão de sua existência, não favorece a expressão da saúde mental; ao avesso, provoca a expressão do inumano.

Verificamos que alguns dos pacientes ali isolados encontravam-se nas mesmas celas e condições subjetivas que estavam em outubro de 2020, um deles internado desde 2016, e outro, internado desde 2005 (segundo documentação específica), este apresentando-se claramente em estado de intenso sofrimento psíquico.

Cabe ainda ressaltar que são os agentes de segurança os profissionais que fazem a vigia do setor.

2.6) Projeto institucional

Ao dar início à visita, passamos pelas celas coletivas das mulheres, que, diferentemente de outubro de 2020, estavam instaladas na parte principal do edifício e não mais no anexo, que estava em reformas. Com a inativação do anexo, o pavilhão do edifício principal está com um maior número de pessoas internadas por metro quadrado do que em outubro de 2020.

As celas estavam trancadas, sem abertura para o pátio. Disseram que era por causa do frio. As atividades externas e as saídas estão suspensas. Disseram que era por causa da pandemia e reforma do prédio anexo. Contudo, em outubro de 2020, a situação era a mesma da encontrada neste momento. Deparamo-nos, enquanto atravessamos os corredores, com um paciente sozinho com camisa de mangas curtas, agitado e isolado, circulando numa área aberta no interior dos corredores. Estava em franco desencadeamento do pensamento, num estado de confusão psicótica. Não havia ninguém com ele.

Observamos que o espaço de acolhimento psicossocial continua separado do espaço onde os pacientes judiciários se encontram, trancados nas celas, não havendo livre circulação da equipe psicossocial ou acessibilidade dos pacientes aos profissionais de saúde, necessitando da intervenção dos agentes de segurança para realizar o

trânsito, sempre que necessário, e realizar a abertura das portas que dão acesso aos pavilhões. Não encontramos a presença de auxiliares de enfermagem durante a visita, sendo que fomos acompanhados por inúmeros agentes de segurança armados.

O funcionamento da instituição não evoca a ideia de um espaço terapêutico tal como encontramos em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS ou mesmo em uma unidade hospitalar psiquiátrica, onde a presença dos agentes de saúde e atividades terapêuticas convivem com a circulação dos usuários. Não encontramos a rotina de uma instituição de tratamento em saúde mental com circulação de médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermagem e demais agentes de saúde. Durante a visita, não observamos evidências da execução e implementação de um projeto terapêutico institucional prioritariamente voltado para a atenção integral à saúde mental e reinserção social dos pacientes judiciários internados no HPJB.

Não foi possível perceber a implementação efetiva de um projeto terapêutico institucional em consonância com as diretrizes de saúde mental. O que fica evidente durante todo o percurso da visita é a instalação de um projeto de segurança institucional forte e coeso.

Durante duas horas, caminhamos por espaços de contenção dos corpos em celas coletivas cheias ou isolados em celas individuais, trancados a chave. Nota-se também que não encontramos auxiliares de limpeza e auxiliares de enfermagem.

Quanto às instalações físicas, nada mudou.

2.7) Prisão ou hospital?

Chama a atenção fato observado durante a visita: pacientes se amontoando nas grades, uns sobre os outros, com pressa, urgência e necessidade de falar, de dar seu recado, de ser ouvido, expressar seu caso e seu desejo de sair dali. A necessidade de falar e ser ouvido sugere interrogar como tem sido o acesso aos espaços de fala, de trocas cotidianas e aos recursos de tratamento e sociabilidade.

Observamos que, no momento da visita, por volta das 14 horas, numa sexta-feira, nenhuma atividade psicossocial estava sendo realizada pela equipe multiprofissional com os pacientes judiciários. Não observamos circulação de corpo técnico junto aos usuários, como é comum em unidades de atenção psiquiátrica e psicossocial. É notável a supremacia da segurança sobre o corpo clínico e psicossocial.

Impossível não observar que o quantitativo de agentes penitenciários seja largamente superior ao de profissionais de saúde, e, evidentemente, é a força que organiza os protocolos e o funcionamento da instituição, esvaziando o investimento em ações que potencialmente poderiam ser propostas pela equipe clínica e psicossocial. Podemos ler que faz parte desse contexto o fato de a palavra "periculosidade" estar presente na fala dos agentes penitenciários e mesmo em alguns profissionais da saúde. Observamos que a equipe médica e psicossocial tem no cenário institucional uma função coadjuvante e não uma função principal, sempre dependente das normas de segurança. A bússola tem como norte a lógica prisional e dirige as ações institucionais para um lugar diverso do acolhimento e tratamento das pessoas em situação de sofrimento psíquico, cujo investimento é na presença e convívio, como dispõe a lógica da assistência em saúde mental.

Em resumo, tecnicamente, a visita pode verificar que o HPJB, apesar das recomendações exaradas no relatório *Em nome da loucura*, apesar de todas as disposições normativas e legais em vigor desde a Lei nº 10.216/2001, permanece com seu funcionamento organizado como uma prisão, promovendo o isolamento dos corpos em detrimento da aposta no convívio comunitário e no laço social; observa-se a potência e coesão da lógica discursiva da segurança, baseada na presunção da periculosidade, coibindo a expressão de um projeto institucional voltado para a atenção integral à saúde mental dos pacientes judiciários, cujo horizonte esteja na aposta na saúde mental e capacidade de sociabilidade dos pacientes.

Considerações finais

Com o advento das disposições normativas sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a medida de segurança, quando determinada judicialmente como obrigatória por força de sentença penal, se o for na modalidade de internação, deve estar de acordo com o que preconiza a atual legislação sobre o modelo assistencial em saúde mental, ou seja, a internação é uma excepcionalidade. Ela só pode ocorrer por estrita prescrição e critérios clínicos, circunscrita ao momento atual do paciente, consubstanciada por relatório interdisciplinar, médico e psicossocial, bem como ter sua duração determinada pelo tempo necessário de atenção à crise, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e, sobretudo,

visando de modo permanente, à ampliação dos recursos de laço social do sujeito e seu acesso irrestrito à rede de atenção psicossocial de seu território, promovendo sua reinserção.

Contudo, no contexto do HPJB, observamos modalidades de internação fora da Lei nº 10.216/2001. Uma leitura qualitativa das informações contidas nas listas disponibilizadas ao GMF pelo setor administrativo do Hospital sugere que muitas das pessoas internadas na instituição foram ou estão internadas de forma irregular, pois não há previsão legal, segundo a Lei nº 10.216/2001, ou qualquer outra instrução normativa nacional, que regulamente as internações psiquiátricas no Brasil, para que proceda à internação de pessoas para aguardar perícias, internação de pessoas para tratamento temporário por tempo indeterminado, internação de pessoas em celas isoladas do convívio social, celas fortes, como lugar ou método de tratamento, manutenção da internação de pessoas cujos recursos extra-hospitalares de seu território são suficientes para assistência e tratamento em saúde mental e manter internadas pessoas que já têm determinação judicial para sua desinternação.

O relatório *Em nome da loucura* já indicara que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Barbacena I – Jorge Vaz estava, em outubro de 2020, em situação irregular e incorrendo em violações de direitos de forma persistente, pois, diante da Lei nº 10.216/2001, é inadmissível o confinamento de pessoas em situação de sofrimento psíquico em instituições asilares, trancadas a cadeados, em espaços gradeados sem acesso ao convívio livre em espaço terapêutico e comunitário, dentre outras irregularidades.

A visita que foi realizada no dia 9 de julho de 2021, apesar do tempo exíguo de duas horas, verificou que a situação persiste e, de modo geral, permanece inalterada, sendo que muitas das irregularidades anteriormente detectadas não foram sanadas, salvo pela modesta ampliação da equipe multidisciplinar de atenção à saúde.

Assim sendo, tecnicamente, urgente se faz promover as condições necessárias para que os pacientes internados no HPJB tenham acesso às condições de tratamento em conformidade com os princípios estabelecidos pela reforma psiquiátrica, promovendo acesso aos recursos de sociabilidade para estabelecimento de um projeto de vida, visando sempre à reinserção e acompanhamento em saúde mental, em meio aberto e comunitário, através de projeto terapêutico singular em que seja possível dar outro destino à angústia de sua existência.

Isso posto, dentro dos limites do escopo deste relatório, tendo como norte da ação de interesse público o compromisso social, a garantia dos direitos fundamentais e o respeito à dignidade da pessoa humana, apresenta-se como recomendável:

1 - O fechamento da porta de entrada do HPJB quanto ao recebimento de pacientes judiciários para o cumprimento de medida de segurança de internação, para tratamento temporário, para realização de perícias ou qualquer outro fim;

2 - O encaminhamento das pessoas internadas no HPJB para os serviços e dispositivos de saúde mental da Rede SUS, cujo projeto terapêutico institucional tem como finalidade permanente a reinserção social do paciente e a oferta terapêutica é construída em consonância com o que determina as disposições normativas quanto ao cuidado e atenção às pessoas portadoras de deficiência e sofrimento mental;

3 - A promoção da articulação em todos os âmbitos do poder público, com vistas a consolidar uma Política de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, organizada em malha diversificada de serviços territoriais, de base comunitária e em rede, conforme o disposto na Lei nº 10.216/2001, no Decreto Federal nº 6.949/2009, ou seja, comprometida com a promoção de tratamento consentâneo à proteção de seus direitos e ao exercício da cidadania, com dignidade e equidade para o exercício de sua condição humana.

Mediante as considerações técnicas dispostas neste relatório, submetemos à elevada apreciação de Vossas Excelências as observações aqui elencadas para análise e manifestação.

Belo Horizonte, 15 de julho de 2021.

Referências:

ANDRADE, Carlos Drumond de. Doido. In: *Boitempo: Esquecer para lembrar*. São Paulo: Companhia das Letras, 2017, p.85.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. Portaria Conjunta nº 1068, de 13 de outubro de 2020. Dispõe sobre as regras para elaboração de estudos psicossociais dos pacientes do Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, na Comarca de Barbacena. Belo Horizonte, *Diário do Judiciário eletrônico*, 15 out. 2020. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/pc10682020.pdf>. Acesso em: 14 de julho de 2021.

Lei nº 10.216/2001,

Portaria Ministerial nº 251/2002, Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002

Resolução nº 944/2020, do Tribunal de Justiça de Minas

Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.408/1994

Portaria nº 1.068/2020, do TJMG

BRISSET, Fernanda Otoni de Barros. *Relatório: em nome da loucura*. (2020). Belo Horizonte, *Revista Responsabilidades*, v. ???, n. ???, p. ??-??, mês 2023. (Texto publicado nesta revista).

Elizabeth Vasiliades, em seu artigo "*Solitary confinement and International Human Rights*", publicado pela *American University International Law Review*,

Decreto Federal nº 6.949/2009

VENTOS DE UM MORRO UIVANTE

VENTOS DE UM MORRO UIVANTE^{1*}

Fernanda Otoni de Barros Brisset^{2**}

Resumo

Esse artigo reflete sobre uma ação dirigida à sujeitos que foram largados à mais pura desordem em uma instituição manicomial judiciária, cuja degradação das condições de tratamento se verificava pela redução dos profissionais de saúde, sem formação, terapêutica restrito à medicalização e protocolos de segurança, sem consideração à palavra e ao saber do sujeito quanto à singularidade de seu sofrimento. Mas onde há a desordem, há um intervalo na desordem. Esse artigo traz uma leitura sobre os efeitos de subjetivação que se pode alcançar quando no deserto da segregação se infiltra a presença do Outro como uma placa sensível que vibra em retorno à voz de sujeitos que, por tanto tempo, foram isolados do convívio social. O confinamento não é consonante à política do sinthoma, com a política do laço social. Como abordar a solidão realizada pelo confinamento por meio da noção de corpo falante?

Palavras-Chave

Manicômio Judiciário – desordem – subversão – corpos falantes – resistência

^{1*} Este texto é um extrato de uma intervenção que fez parte do Seminário preparatório do *XXIII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano: O feminino infamiliar. Dizer o indizível*, realizado *on-line* em 27 de janeiro de 2021. O texto na íntegra pode ser encontrado em: OTONI, F. Um princípio da desordem, como tal... *In: ANTELO, M.; GURGEL, I. (Orgs.). O feminino infamiliar: dizer o indizível*. São Paulo: EBP, 2021. p. 231-242.

^{2**} Psicanalista, Mestre em Psicologia e Doutora em Sociologia e Política pela Universidade Federal de Minas Gerais, Fundadora e atual Diretora Clínica do PAI-PJ/TJMG, Membro da Escola Brasileira de Psicanálise e da Associação Mundial de Psicanálise, Vice-Presidente da Federação Americana Psicanálise da Orientação Lacaniana (FAPOL).

Há algum tempo, por iniciativa da instituição pública onde trabalho, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais (anexo 1), fui nomeada para coordenar uma ação na qual, ao lado de outros colegas, escutamos pessoas supostamente em situação de sofrimento psíquico que estavam confinadas entre muros há muitos anos, em um lugar no topo de um morro, distante de nós. Nossa tarefa foi acessá-las e indicar um tratamento possível considerando os princípios da Lei nº 10.216/2001, que determina a internação como uma excepcionalidade só prevista em caso de os recursos extra-hospitalares se apresentarem insuficientes.

Naquele lugar, supostamente organizado pela ordem pública, eis a desordem. Uma desordem no corpo e na língua. Uma desordem das coisas e dos costumes. Uma desordem contida sob a ordem de força maior, em absoluto silêncio, até que um grito o atravessa num lapso alargado, um corre-corre se faz ouvir e logo o grito se abafa, o corre se estanca e o silêncio se instala. Leio: “acaso não sabemos que nos confins onde a fala se demite começa o âmbito da violência, e que ela já reina ali, mesmo sem que a provoquemos?” (LACAN, 1954/1998, p. 376).

Encontrei, em *Mulheres e ficção*, de Virginia Woolf, no artigo “Jane Eyre e O morro dos ventos uivantes”, o eco soante do encontro com aqueles seres dentre muros. Cito-a:

Há neles uma ferocidade indomada, em guerra permanente com a ordem estabelecida das coisas [...]. Esse ardor, mesmo rejeitando as meias tintas e outros impedimentos menores, abre seu caminho aéreo além do comportamento diário das pessoas comuns para aliar-se às suas paixões mais inarticuladas. [...] e caso optem por escrever em prosa, tornam-se intolerantes às restrições que ela impõe. (WOOLF, 2019, p. 50).

Woolf falava dos poetas, efeito de paixões mais inarticuladas. Pôr em palavras o “Eu amo, eu odeio, eu sofro” é um esforço de poesia, de articulação da paixão. Alguns, entretanto, são o morro dos ventos uivantes, como tal, e não há ali nenhum eu”. (WOOLF, 2019, p. 50, grifo nosso).

No morro, onde estive, também encontrei ventos uivantes sem nenhum eu. guardo daquele lugar o cheiro de passos sob as pedras de corredores rigorosamente

assépticos e o som de palavras gemidas, sem lugar e sem laço, eclodidas de uma vala aberta em gigantesca desordem, onde cada um tenta reatá-las a um corpo, mas sem os meios para ensaiar tal costura. Sigo com Marie-Hélène Brousse, que comenta e pergunta:

Não são mais corpos que falam, é um falado sem corpo. [...] Isto vem no lugar do nada da solidão, e a esse respeito, uma clínica está em via de ser inventada. Mas como abordar a solidão realizada pelo confinamento por meio da noção de corpo falante e não mais por aquela dos a-sujeitados à linguagem? (BROUSSE, 2020, p. 26).

Essa é também a minha questão.

Brousse ainda nos dá uma pista, lendo Freud: “Uma pessoa atormentada pela dor e pelo mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito ao seu sofrimento.” (BROUSSE, 2020, p. 26-27). A essa altura, Freud abre aspas para citar um poeta: “Concentrada está sua alma no estreito orifício de seu molar.” Freud se refere aqui ao retorno da catexia libidinal ao Eu, tomando o molar como a sua raiz narcísica. Contudo, o que me pareceu relevante sublinhar na citação é que, para o poeta, a alma de uma pessoa atormentada pela dor não se concentra no molar em si, mas no seu estreito orifício.

Na experiência a que me refiro, alguns chegaram até nós mergulhados no estreito orifício de onde abismava a sua dor. Alguns deles ainda compunham com o corpo e a fala alguma ordem, mas outros — e são destes que extraí um ensino — estavam só em desordem. Corpos desconectados vibrando uma desordem material. E isso inorganizado ressoava em mim.

Miller, lendo Lacan, em “Observação sobre o relatório de Daniel Lagache” (LACAN, 1960/1998), sublinha que, a princípio, o Isso está inorganizado, pois sua relação é com o gozo e não com o significante. É um lugar sem sujeito do inconsciente. “

O sujeito não está no Isso. Não está ali em pessoa, ali não tem ninguém, ou digamos que não se encontra ali, mas que sua ausência se faz desde

um lugar: o lugar de mais-ninguém. [...] Esta é a forma primordial de defesa frente ao gozo – somente estar ali sob a forma de sua ausência. (MILLER, 2015, p. 320).

Lacan dirá que isso é possível “por ser o lugar de uma ausência: é que toda coisa pode não existir. [...] É a estrutura desse lugar que exige que o nada esteja no princípio da criação. (LACAN, 1960/1998, p. 673). Miller dirá que o que se desprende de Lacan é que “ali onde no gozo, na mata do gozo, tem um lugar esvaziado, ali se pode inscrever o sujeito do significante”. (MILLER, 2015, p. 322).

Uma passagem preciosa!

O lugar de ninguém pode ser o lugar matriz da criação, ponto de partida para a emergência do falasser e do sinthoma. Mas “só pode ser de alhures que se faz ouvir o é do impessoal [...]”. (LACAN, 1960/1998, p. 674). As consequências desse enunciado para a prática clínica me parecem um farol quanto à posição analítica na direção do tratamento, que “pode existir e pode não existir”. Um eco do que, para Miller, evoca o adjetivo “possível” do texto “Tratamento possível da psicose”, de Lacan. “Digamos que neste lugar de mais-ninguém o designamos como tal na medida em que não vamos meter aí o ser supremo, mas vamos localizar na ausência dele onde, às vezes, o sujeito suposto-saber pode vir se alojar.” (MILLER, 2015, p. 323). Uma aposta no inconsciente.

Uma clínica aí está em via de ser inventada...

Corpo falante, um rebento – corpos que contam

I – *Flash de um corpo*³

“Ele não fala nada com nada. Só fica gemendo, pelos pedaços que lhe são arrancados. Cada dia um pedaço diferente.” Essa experiência de despedaçamento dava vazão a uma sangria de significantes sem ponto de basta. Ela fala “cabeça”, repito articulando à palavra arrancada. “Cabeça arrancada? Não! Vejo que sua cabeça está no seu corpo.” Por um instante, essa infiltração estancou a fluidez metonímica e uma

³ Entrevista realizada por mim e Vanessa de Oliveira Bezerra, médica de Saúde da Família, residente em Psiquiatria do Hospital Metropolitano Odilon Behrens.

conexão surge para logo em seguida se esvaír no fluxo de um novo desfiladeiro. Mas um significativo, um olhar e um intervalo abriram-se entre nós. Por um triz, o Outro existira, um corpo que ressoa. Ele prestou atenção. E foi só isso, uma conexão ínfima por onde o delírio da existência de um Outro se apresentara, num piscar de olhos. Passadas três semanas, para encerrar o trabalho, precisei tirar fotos para compor o relatório que me foi confiado. Ao passar pela cela dele, junto a mais alguns outros, ele, que vivia ali, sem contato com ninguém, isolado e literalmente virado e falando para as paredes... ele se vira, sai da ausência que o defende, se levanta, faz pose. Ele fala, pede para fazer uma foto. E, simultaneamente, no instante de um *flash*, um corpo se compõe numa montagem fotográfica. Ele olha e sorri, como um efeito de real na ficção, discreto acontecimento de corpo que nos enlaça.

II – Corpo soante⁴

“Impossível acompanhar o que ela diz. Ela às vezes grita. Não responde à medicação.” Entrou na sala absorta num mantra inaudível. Para início de conversa, num esforço de estabelecer um contato, a cada intervenção ela seguia a sonância da última palavra e emendava uma outra sonoramente semelhante, deslizando a língua como índice de um corpo soante, em frequência frenética. Nosso encontro foi uma espécie de somido sem sentido, um soneto a dois que abraça a ressonância do som em retorno. Era conhecida por emitir gritos no silêncio da noite. Muros ecoando a solidão de ninguém. Marie-Hélène Brousse dirá que “a solidão é o corpo gozante da natureza”, parceira desumana. “Esse gozo decorre do silêncio de falas e da presença das falas reduzidas a uma pura sonoridade. O gozo despojado da linguagem está presente no ruído que é tudo o que resta da linguagem...” (BROUSSE, 2020, p. 32). Nenhum tratamento na surdez de 15 anos absurdos. Mas se o grito ressona, alhures, parte d’*isso* se integra numa trilha de palavras sonoras. O excedente desordeiro se sossega num canto, numa música, um laço possível.

⁴ Entrevista realizada por mim e André Teixeira de Carvalho, médico psiquiatra, preceptor de Psiquiatria Forense da Residência do Hospital Metropolitano Odilon Behrens. Médico perito TJMG.

III – Uma escrita para o gozo⁵

É levada para a entrevista com um aviso: “não precisam ter medo dela, ela nada fala e nada faz. E se ela mover o corpo na sua direção é só um impulso, é quando ela quer falar algo e não consegue.” Papel e lápis lhe são oferecidos. Um convite a escrever. O corpo organiza e se concentra, no instante de um lápis, a desenhar traços num esforço de proporção estética cuja dissimetria se colocava como uma luva sobre o papel. Os que a conheciam se surpreendem com o gesto dela e do sossego com o qual o realizou. Contam que, na cela, ela não interage, e as outras não ficam ao seu lado, pois ela passa seus dejetos no corpo e paredes. O papel do Outro se enxerta ali como um objeto etéreo ao qual ela se apega. O dejetos extraído do corpo talvez fosse um esforço de inscrição desse corpo de gozo ao mundo. Da merda à letra, um tratamento possível se inicia. “Cada um prisioneiro de seu corpo gozante [...]. Um muro, o a(muro) os confina.” (BROUSSE, 2020, p. 31).

Um princípio de desordem, como tal... é resistência

O que essas vinhetas ensinam? Para mim, o que se esclareceu é que há a desordem, e há um intervalo na desordem. Quando o ruído que eclode desse lugar ressoa em retorno, um intervalo se verifica, e o prenúncio de traço sintomático se esboça. O inconsciente e a pulsão só entram em um acordo através de uma montagem em torno do furo que os abisma. Seu laço não é natural. Talvez seja isso o que Lacan quis dizer com a experiência de uma desordem na junção mais íntima. Para tanto, é preciso o mínimo de um Outro, menos na dimensão significativa e mais como um corpo que ressona a coisa desde alhures, tal como podemos ler em Miller, em Extimidade: “O Outro é a coisa, mas a coisa enquanto esvaziada”. (MILLER, 2017, p. 433). É aí que a experiência analítica se instala: onde cada um experimenta sua mais íntima desordem, ela visa ao detalhe que se empresta à contingente junção do ser. Verificação que nos traz de volta muitas questões quanto ao tratamento possível, tomando-o como o que

⁵ Entrevista realizada por Josiane Assis de Boucherville, psicóloga do Núcleo Regional do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de Minas (PAI-PJ) em Barbacena, e por Franco Magalhães Sant’Anna, médico psiquiatra no CERSAM Barreiro e CAPs Mariana/MG.

pode ou não advir no lugar d'Isso inorganizado. Aqui, o possível é parceiro da contingência. Mas, sobretudo, esses casos esclarecem que a segregação dos corpos, seu confinamento não é consonante à política do sinthoma. O gozo não é um mito, o corpo falante não é uma ficção, e a política do sinthoma se orienta pelo real que existe e se verifica em permanência nos corpos que contam — a desordem de sempre que resiste desde o lugar de mais ninguém. O gozo como tal, segundo Laurent, “decididamente não está do lado do hedonismo”. (LAURENT, 2018, inédito).

Concluo com Djamila Ribeiro:

Quando criança, fui ensinada que a população negra havia sido escrava e ponto — como se não tivesse existido uma vida anterior nas regiões onde essas pessoas foram tiradas à força. Disseram que era passiva e aceitou a escravidão sem resistência. Também me contaram que a princesa Isabel havia sido sua grande redentora. [...] O que não me contaram é que o Quilombo dos Palmares, na serra da Barriga, em Alagoas, perdurou por mais de meio século, e que se organizaram vários levantes como forma de resistência à escravidão, como a revolta dos malês e a revolta da chibata. Com o tempo compreendi que a população negra havia sido escravizada e não escrava. (RIBEIRO, 2019, p. 7-8).

Uma permanência indomável, inominável e que não se deixa escravizar segue o falasser até o fim do mundo, tal como disse o poeta T. S. Eliot:

É assim que o mundo acaba
É assim que o mundo acaba
É assim que o mundo acaba
Sem estrondo, num gemido.
(ELIOT, 1925 apud GALINDO, 2018, p. 167).

Um gemido arrancado do oco de corpos que contam e de mais ninguém. Em algum lugar, o que tentei transmitir guarda sua permanência neste testemunho, mesmo que eu não encontre ainda como o bem dizer.

Um princípio de desordem, como tal, é... resistência.

Abstract

This article reflects on an action directed towards individuals who were left in complete disorder within a judicial psychiatric institution, where the degradation of treatment conditions was evident through the reduction of untrained healthcare professionals, limited therapeutic options to medication and security protocols, disregarding the individual's words and knowledge regarding the singularity of their suffering. However, where there is a disorder, there is an interval within the disorder. This article provides an analysis of the effects of subjectivation that can be achieved when the presence of the Other infiltrates the desert of segregation as a sensitive plate that vibrates in response to the voices of individuals who have been isolated from social interaction for so long. Confinement is not in line with the policy of *sinthoma* or the policy of social link. How can we address the loneliness brought about by confinement through the notion of the speaking body?

Keywords

Judicial Psychiatric Institution – disorder – subversion – speaking bodies – resistance

Referências:

BROUSSE, M.-H. Solidão dos corpos. *Correio*, São Paulo, n. 84, p. 26-32, out. 2020.

GALINDO, Caetano W. (Org. e trad.). *T. S. Eliot: poemas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2018

LACAN, J. Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “*Verneinung*” de Freud. (1954). In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 370-382.

LACAN, J. Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “Psicanálise e estrutura da personalidade”. (1960). In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 653-691.

LAURENT, É. *A desordem fálica: o falo não negativizável*. Conferência proferida no Rio de Janeiro, 18 de novembro de 2018, inédito.

MILLER, J.-A. *Extimidad*. Buenos Aires: Paidós, 2017.

MILLER, J.-A. *Todo el mundo es loco*. Buenos Aires: Paidós, 2015.

RIBEIRO, D. *Pequeno manual antirracista*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

WOOLF, V. Jane Eyre e *O morro dos ventos uivantes*. In: WOOLF, V. *Mulheres e ficção*. São Paulo: Penguin; Companhia das Letras, 2019. p. 50.

LINHA EDITORIAL

Linha editorial

A Revista *Responsabilidades* publica trabalhos inéditos considerados relevantes para a discussão crítica e esclarecida sobre os atos designados como infrações ou criminosos e sua conexão com os discursos e práticas sociais e políticas de nossa época. Busca-se dar lugar a um franco e necessário debate sobre a problemática complexa que não se encerra simplesmente ao campo da criminologia, visto que engendra as relações dos sujeitos, a partir das tensões em jogo no discurso social com o sistema de justiça, de modo geral. Interessa-nos abrir as páginas desta Revista para todos aqueles interessados em demonstrar, investigar, interrogar e estabelecer as responsabilidades dos diversos setores e disciplinas enlaçadas em torno da articulação entre crime, sociedade, justiça, direitos e humanos. Serão bem recebidos os artigos responsáveis que se endereçam ao campo interdisciplinar e intersetorial na interface entre o direito, a psicanálise, a filosofia, a criminologia, a sociologia, a política, a saúde mental e os direitos humanos, dentre outros. Os trabalhos podem ser publicados em uma das seguintes seções: A seção **Tribuna Aberta** traz textos ou entrevistas com autores que tomam a palavra para abertura de debate sobre questões relevantes para a interface em que a Revista *Responsabilidades* está inserida. O **Norte da Bússola** apresenta textos com tema que norteia um determinado número da Revista. A seção **Palanque dos Fundamentos** é voltada para textos que propõem leituras críticas, filosóficas e/ou epistêmicas. A **Antena Intersetorial** traz textos que contemplam a prática sob a ótica intersetorial. Os textos encaminhados para submissão podem ser **artigos** (resultantes de pesquisa clínica e/ou conceitual, ou ensaios teóricos e/ou de revisão bibliográfica crítica sobre um tema específico), **relatos de experiência ou entrevistas** (máximo de 20 laudas); **resenhas** (resenhas críticas de livros, teses, dissertações ou monografias, sobre a interface entre o direito, a psicanálise, a criminologia, a filosofia, a sociologia, dentre outros; máximo de 5 laudas); **traduções** (de artigos em língua estrangeira; máximo de 20 laudas). Solicita-se encaminhar os trabalhos à Revista via e-mail em formato *Word* ou *rtf*, para o endereço **revista.responsabilidades@tjmg.jus.br**.

A autorização para publicação (modelo a seguir) e a carta de intenção devem vir assinadas e impressas, encaminhadas na mesma data de envio do trabalho .

Normas de Publicação

Serão aceitos trabalhos em português, espanhol, inglês ou francês, com citações e referências de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. Todos os trabalhos serão publicados em português, com resumos e palavras-chave em português e inglês. Os originais devem ser digitados em formato A4, fonte Arial, corpo 12, estilo normal, parágrafos justificados, espaço 1,5 (incluindo tabelas e referências) e margens de 3 cm. O trabalho submetido à avaliação para publicação na Revista *Responsabilidades* será inicialmente apreciado pelo Editor, que o encaminhará a dois membros do Corpo de Consultores, cujos nomes serão mantidos em anonimato, que poderão recusar, recomendar a publicação mediante reformulações pelo(s) autor(es) ou aceitar a publicação sem nenhuma alteração. O encaminhamento aos consultores dar-se-á sem a identificação da autoria do trabalho, a qual será mantida em sigilo até a decisão final sobre a publicação. A decisão pelo Conselho Editorial quanto à publicação do artigo na Revista *Responsabilidades* ocorrerá, sempre que possível, no prazo de 60 dias, contados a partir da data de seu recebimento. Quando houver recomendação de alterações, o trabalho com as sugestões de modificação será devolvido ao(s) autor(es), para que possa(m) decidir sobre a aceitação das sugestões do Conselho e reenviar o trabalho, via e-mail, com um prazo máximo de 10 dias. Após o recebimento da versão final, o Conselho Editorial decidirá quanto à publicação na Revista. A aceitação de publicação dos trabalhos implica a cessão imediata e sem ônus dos direitos de primeira publicação para a Revista *Responsabilidades*.

Elementos do Manuscrito

1) Carta de Intenção

A carta do(s) autor(es) solicitando publicação na Revista deve conter informações sobre eventuais conflitos de interesse, sejam eles profissionais, financeiros, benefícios diretos ou indiretos, que possam ter influência nos resultados da pesquisa. O anonimato e a privacidade das pessoas envolvidas devem ser preservados. Quando se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, a carta deve vir acompanhada de cópia do documento de aprovação por Comitê de Ética da instituição onde se deu a

realização da pesquisa. Solicita-se que sejam explicitadas as fontes de financiamento do trabalho.

2) Autorização para publicação

A autorização para publicação segue os critérios da Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes - EJEJ, do TJMG, conforme modelo a seguir, e deve ser enviada por CORREIO eletrônico e vir assinada pelo(s) autor(es).

Modelo de autorização para publicação de artigo

Local e data.

À Diretoria Executiva de Gestão da Informação Documental - DIRGED
Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes - EJEJ
Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais - TJMG
Rua Goiás, Belo Horizonte - MG
CEP 30180-100

Sr.(ª) Diretor(a)-Executivo(a),.....
Pelapresente,AUTORIZOapublicaçãodoartigo inédito,intitulado.....,
na Revista Responsabilidades, editada pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, em qualquer tempo e sem contraprestação remuneratória ou de qualquer outra natureza, sobre o qual o TJMG passa a ter os direitos autorais, conforme o disposto na Lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que trata dos direitos autorais no Brasil. Fica estabelecido que continuarei usufruindo de plenos direitos de dispor do texto em questão, em outros veículos de divulgação, em qualquer tempo, desde que a publicação original na Revista Responsabilidades e o TJMG sejam citados expressamente. Estou de acordo com a reprodução, divulgação, distribuição e acessibilidade, em meios físicos e eletrônicos, do artigo objeto desta autorização, bem como em quaisquer suportes físicos existentes ou que venham a ser inventados no futuro.
Autorizo, ainda, a revisão do texto, conforme os padrões ortográficos e editoriais adotados pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, além da aplicação de sua padronização e identidade visual.

Declaro que o trabalho supra é de minha autoria, assumindo publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo.

Esclareço, finalmente, que não há contrato de exclusividade de publicação deste trabalho com qualquer editora ou empresa de mídia.

Atenciosamente,

(assinatura)

Nome completo:

CPF:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

3) Folha de rosto identificada

A folha de rosto deve conter: Título (conciso e completo) em português, versão para o título em inglês, nome(s) do(s) autor(es) e respectiva qualificação (vinculação institucional e titulação mais recente), endereço completo do primeiro autor (incluindo CEP, telefone e e-mail) e data do encaminhamento. Se o trabalho foi subvencionado, deve ser indicada a entidade responsável pelo auxílio. Todas as páginas dos originais devem ser numeradas. Figuras e tabelas devem ser encaminhadas em arquivos separados.

4) Resumos e palavras-chave

As demais páginas do trabalho não devem conter nenhuma identificação do(s) autor(es). As páginas seguintes à folha de rosto devem conter título do trabalho em português, seguido do resumo em português e de três a cinco palavras-chave, versão do título em inglês, resumo em inglês (*abstract*) e de três a cinco *keywords*. Cada versão do resumo deve conter **no máximo 500 caracteres com espaços**. Não são necessários os resumos no caso de resenhas.

5) Agradecimentos

Solicita-se que sejam breves e contemplem apenas pessoas que contribuíram diretamente para a elaboração do trabalho.

6) Corpo do texto

6.1. Organização do texto: deve ser feita por meio de subtítulos que facilitem a identificação das partes do trabalho.

6.2. Citações no texto: devem obedecer ao sistema autor/data. O autor deve ser citado entre parênteses, pelo sobrenome, em maiúsculas, seguido pelo ano da publicação e, se necessário, a página. Por exemplo: (FREUD, 1996, p. 35). Se o nome do autor faz parte do texto, não será grafado com maiúsculas. Por exemplo: “Como dizia Freud (1996, p. 35)”.

6.3. Notas explicativas (NBR-6022 - ABNT): A numeração das notas explicativas é feita em algarismos arábicos, devendo ser única e consecutiva para cada artigo. Não se inicia a numeração a cada página. Devem ser reduzidas ao mínimo e não corresponderem a notas bibliográficas.

6.4. Nota de rodapé com informações sobre o(s) autor(es) - (NBR-6022 – ABNT): A nota com o currículo do(s) autor(es) deve ser indicada por asterisco e aparecer em rodapé, na página de abertura.

6.5. Referências bibliográficas: devem ser colocadas ao final do artigo, organizadas em ordem alfabética de sobrenome, seguindo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, em especial a NBR-6023. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando estritamente necessários e apenas no texto ou em notas explicativas. Exemplos:

Artigos de periódicos (apenas um autor):

MANDIL, R. Discurso jurídico e discurso analítico. *Curinga*, Belo Horizonte, Escola Brasileira de Psicanálise, v. 18, p. 24-34, nov. 2002.

Artigos de periódicos (dois autores):

SENON, J. L.; RICHARD, D. Punir ou soigner: Histoire des rapports entre psychiatrie et prison jusqu'à la loi de 1994. *Revue Pénitentiaire de Droit Penal*, v. 1, p. 24-34, janvier-mars 1999.

Artigos de periódicos (três ou mais autores):

VILAR, H. *et al.* Nuevas preguntas a las respuestas de siempre. *Revista El niño*. Buenos Aires, n. 11, p. 31-41, octubre 2009.

Artigos sem nome do autor

EDITORIAL. *Revista El niño*. Buenos Aires, n. 11, p. 4-5, octubre 2009.

Livros

ALTHUSSER, L. *O futuro dura muito tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
BARROS, F. O. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: TJMG, 2000.

Capítulos de livro

PHILIPPI, J. N. O ato de dizer não. In: COUTINHO, J. M. (Org.). *Direito e psicanálise*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

Teses

BARROS-BRISSET, F. O. Gênese do conceito de periculosidade. 2009. 186 p. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política). Universidade Federal de Minas Gerais.

Trabalhos apresentados em eventos

COSTA, D. M.; GOMES, R. M. M.; MARINHO, R. M. A transmissão do singular. *III Encontro Americano e XV Encontro Internacional do Campo Freudiano*, Belo Horizonte, MG, 2007.

Artigo de periódico em formato eletrônico

MILLER, J.-A. A era do homem sem qualidades. *Asephallus*. Revista Eletrônica do Núcleo Sephora, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.nucleosephora.com/asephallus/numero_01>. Acesso em: 1º dez. 2010.



Responsabilidades

Revista Interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

PARECER SOBRE O TEXTO INTITULADO:

Data:

(Para cada questão, favor marcar com um “X” o campo que julgar adequado)

	SIM	NÃO	Não se aplica
1 – Organização do trabalho			
1.1 – O título do texto é adequado ao conteúdo apresentado?			
1.2 – A escrita é clara?			
1.3 – O resumo é conciso?			
1.4 – As palavras-chave apresentam o texto?			
2 – Conteúdo do texto			
2.1 – O conteúdo se insere na linha editorial da revista?			
2.2 – O foco do trabalho está claro e bem situado?			
2.3 – O conteúdo apresenta coerência e profundidade?			
2.4 – O trabalho traz contribuições relevantes e originais?			
2.5 – O Texto é inédito?			

2.6 – A bibliografia citada é adequada ao foco trabalhado pelo texto?			
3 – Redação			
3.1 – O texto foi redigido segundo as normas gramaticais e ortográficas?			
3.2 – O texto foi redigido segundo as normas de publicação da revista?			
3.3 – Os autores citados no corpo do texto estão presentes na referência?			
3.4 – Nas referências aparecem outros autores além dos citados no texto?			
Comentários que se façam necessários, sobre os aspectos qualitativos e formais: (Favor preencher caso veja necessidade)			

PARECER FINAL SOBRE O TRABALHO:

Favorável à publicação sem modificações ()	Favorável à publicação com modificações Anexar as orientações quanto às reformulações sugeridas ()	Desfavorável à publicação Anexar justificativa ()
---	--	---



PAI-PJ

Programa de Atenção Integral
ao Paciente Judiciário Portador
de Sofrimento Mental Infrator

REALIZAÇÃO

EJEF
Escola Judicial
Desembargador Edésio Fernandes



TJMG
Tribunal de Justiça do
Estado de Minas Gerais