



# XIII CONGRESSO NACIONAL DE DEFENSORES PÚBLICOS

## TESES E PRÁTICAS EXITOSAS

TEMA:

**DEFENSORIA PÚBLICA:**

**EM DEFESA DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE.**



## **COORDENAÇÃO**

### **CONCURSO DE TESES**

Patrícia Kettermann  
Fernanda Mambrini  
João Joffily Coutinho  
Rivana Ricarte

### **CONCURSO DE PRÁTICAS EXITOSAS**

Marta Zanchi  
Adriana Burger  
Gabriela Cotrim  
Johnny Giffoni

### **EDIÇÃO**

René Klemm – Bah! Comunicação

### **DESIGN GRÁFICO**

Fábio Arusiewicz

---

Congresso Nacional de Defensores Públicos (13.: 15-17 nov. 2017 : Santa Catarina)  
Livro de teses e práticas exitosas: DEFENSORIA PÚBLICA: EM DEFESA DAS  
PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE / 13.  
Congresso Nacional dos Defensores Públicos. – Santa Catarina, 2017.  
466 p. ; 21 x 29,7 cm.

1. Direito. 2. Defensoria Pública. 3. Cidadania. 4. Práticas exitosas.  
I. Título.

---

## E ASSIM MORRE O EXAME DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE...

PATRICIA F. CARLOS MAGNO

### I – DESCRIÇÃO OBJETIVA

“Pode o direito ser emancipatório?”

Com esta pergunta, Boaventura S. Santos (2003) inaugura primorosa reflexão na qual conclui que, em tese, não. Contudo, o uso contra-hegemônico do direito pode se prestar a lutas emancipatórias, que vocalizam as demandas dos/as subalternos/as, cujas vozes são amplificadas pelo “imprescindível megafone” que é a Defensoria Pública (FRANCO; MAGNO, 2015, p. 37). Nesse sentido, as práticas de Defensores/as Públicos/as são exemplos de usos emancipatórios do direito, que fazem o enfrentamento das desigualdades estruturais dentro do sistema de justiça.

A prática exitosa “E assim morre o exame de cessação de periculosidade...” faz parte de uma das atuações estratégicas do órgão da 20a DP do Núcleo do Sistema Penitenciário, do qual estou titular desde 2013, na seara da luta por dignidade das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei penal. Trata-se de prática cuja mira está apontada para a execução das medidas de segurança, que se realiza no encontro entre crime e loucura.

Parto da compreensão do direito dos direitos humanos como um meio (ou uma técnica), dentre muitos outros, na hora de garantir o resultado das lutas e interesses sociais (HERRERA FLORES, 2009, p. 18).

A instrumentalização do direito responde a uma “racionalidade de resistência” (*Ibid*, p. 150), que o ressignifica e, quando esta técnica é aplicada institucionalmente pela Defensoria Pública, é possível que seja amplificada a voz dos “excluídos para baixo” (BORGES; CUNHA, 2011, p. 218) ou dos subalternos (SPIVAK, 2011).

A atuação, por isso, não está isolada, mas articulada em torno da instrumentalização do acesso à justiça dessas pessoas, epicentros de diversos fatores vulnerabilizantes, enunciados, no marco das Regras de Brasília sobre Acesso à Justiça das Pessoas em Situação de Vulnerabilidade, como: privação de liberdade, deficiência mental, situação de pobreza, não raro, pelo pertencimento a minoria étnica (raça) e, por vezes, gênero. Trata-se, nesse viés, de prática dirigida ao enfrentamento da discriminação interseccional estrutural, traduzida no conceito/mito da periculosidade do/a louco/a, pintado com vivas cores no processo penal.

Sob o enfoque estrutural, há de enfrentar a questão da ruptura do “valor” de igualdade e não discriminação. A pessoa com transtornos mentais que foi selecionada pelo sistema penal não tem garantido o mesmo tipo de tratamento em serviços abertos e comunitários de saúde que é garantido para aquelas que escaparam à seletividade do sistema (ZAFFARONI, 1991, p. 245). Elas não recebem o mesmo tratamento, a despeito de serem ambas pessoas com transtorno mental. Mas, por quê?

A justificativa – para aqueles que arriscam alguma – se funda na periculosidade. Contudo, a periculosidade falece de profunda “inadequação normativa e conceitual” (CARVALHO, 2013, p. 523).

Diniz (2013, p. 17) concorda. Ao apresentar o censo sobre manicômios brasileiros, ela anuncia que o mais importante dos resultados foi constatar que não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos, porque “diagnóstico penal e tipo de infração penal não andam juntos”. Foi verificado que indivíduos com diferentes diagnósticos cometeram as mesmas infrações, de modo que, a periculosidade se traduz em um “dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, um conceito em permanente disputa entre os saberes penais e psiquiátricos”.

O nó a ser desatado está no paradigma da periculosidade, porque se trata de noção manicomial. É permanência autoritária que precisa ser enfrentada no redirecionamento do modelo de atenção psicossocial.

Considerando que as mudanças paradigmáticas se fazem por substituição (KUHN, 1997), o objetivo da prática defensorial guia-se pela construção de um paradigma substitutivo ao da periculosidade nos processos penais de execução de medida de segurança, o que se conseguiu com o EMPAP: exame multiprofissional e pericial de avaliação psicossocial. Conforme a descrição que seguirá, abandona-se a lógica individualista da periculosidade, para a lógica estrutural da atenção psicossocial.

Antes disso, faz-se necessário situar melhor o objeto da prática. Para se chegar, especificamente, ao processo penal de execução de medida de segurança, no bojo do qual a prática se articula, uma mirada sobre os reflexos jurídico-penais da reforma psiquiátrica veiculada pela Lei n. 10.216/01 pode trazer luz às sombras do encarceramento da loucura.

A Lei 10.216/01, marco legal da reforma psiquiátrica no Brasil, é expressão dos anseios do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MNLA – (AMARANTE, 1995). Ela sedimenta longa trajetória de lutas que a antecederam e a construíram, assim como é a atual bandeira empunhada para servir de norte às necessárias e constantes lutas pela mudança concreta de paradigma no campo da saúde mental e da atenção psicossocial (AMARANTE, 2007), que ainda estão em curso. A mera formalização legal de direitos não foi suficiente. Os muros manicomiais estão de pé e o conservadorismo do sistema de justiça, especialmente, o demonstrado pelas agências penais de repressão (ZAFFARONI, 1991) são obstáculos de remoção trabalhosa.

Se, por um lado, a lei antimanicomial promoveu o dever de releitura de todos os institutos de direito penal e processual penal, especialmente, no que tange à execução de medidas de segurança, conforme o novo paradigma de reorientação do modelo de saúde mental; por outro, verifica-se que a dificuldade de diálogo entre direito, psiquiatria forense, saúde mental e atenção psicossocial invisibiliza as pessoas, cujas histórias estão aprisionadas dentro dos muros do manicômio (CARVALHO, 2013, p. 305).

A história da saúde mental é uma narrativa de lutas. A loucura como doença sugere que o problema é a pessoa doente mental. Esse “modo a partir do qual” a situação da loucura nos é definida, reforça o estigma no outro e determina a “forma pela qual nos dizem como devemos participar das relações sociais”. Nesse sentido, é quase revolucionário sugerir que o problema reside na “rede de interações de pessoas” e não na pessoa (COOPER, 1967, p. 47).

Nesse diapasão, o sistema de justiça torna-se arena de coalisão de forças entre saberes e poderes.

De um lado, a psiquiatria forense, também chamada de “a perícia”, e o paradigma positivista da periculosidade, sobre o qual foi erigida toda a construção das medidas de segurança no Código Penal de 1940, reformado em 1984, que situa o estigma periculosista no sujeito, como se a loucura fosse um defeito dele.

De outro lado, a RAPS ou Rede de Atenção Psicossocial, aqui chamada de “a assistência”, que é expressão da política pública de saúde, veiculada, dentre outras normativas, pela Portaria do Ministério da Saúde n. 3.088/2011. A RAPS equivale à estrutura social que deve ter equipamentos extrahospitais aptos a acolher e ofertar cuidados de qualidade em saúde mental para toda e qualquer pessoa com transtornos mentais, tenha ela estado em conflito com a lei penal, ou não. O nó está na rede de interações e não na pessoa.

Inspiração das mais fundamentais foi buscada na prática exitosa do PAILI-GO (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator de Goiás), premiada em 2009 pelo Prêmio Innovare, em cuja cartilha se lê:

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

De tal sorte, desnecessária a ultrapassada perícia de cessação de periculosidade, impõe-se agora outro tipo de análise no sentido de verificar se aquele novo objetivo – reinserção social do paciente – está sendo alcançado. Trata-se, portanto, de avaliação psicossocial e não mais puramente psiquiátrica e que será materializada mediante relatório da própria equipe técnica do PAILI. (CAETANO, 2014, p. 26)

Em termos legislativos, para além de interpretações isoladas de atores do sistema de justiça, ou mesmo de índole coletiva, como é o Parecer da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal, no bojo do Inquérito Civil Público n. 1.00.000.004683/2011-80, colacionam-se recomendações e resoluções do Conselho Nacional de Justiça (Res. CNJ nº 113/2010, art. 17 e Rec. CNJ nº 35/2011) e resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, dentre as quais merece destaque a Res. CNPCP nº 05/04, item 01: “O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar”. E a Res. CNPCP nº 04/2010, construída conforme o norte determinado nos Planos Nacionais de Direitos Humanos nº 2 (item 369) e nº 3, que preconiza prazo para a extinção gradativa dos manicômios. Segundo o lapso temporal nela estabelecido, até 2020 não pode mais existir nenhum hospital de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil.

Ainda, Portaria Conjunta do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde n. 01 de 2014 garante a inclusão nas políticas públicas de atenção à saúde todas as pessoas privadas de liberdade e, diz o óbvio no seu artigo 2º: “É considerada beneficiária do serviço consignado nesta norma a pessoa que, presumidamente ou comprovadamente, apresente transtorno mental e que esteja em conflito com a Lei, sob as seguintes condições: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular”.

Não se pode olvidar que há orientação da Comissão de Execução Penal do CONDEGE (Conselho Nacional de Defensores Gerais) sobre medidas de segurança para os Defensores Públicos, no mesmo sentido exposto (Recomendação n. 06).

A questão que se coloca, portanto, é “como”. Como manejar o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental para que ele também alcance as pessoas com transtornos mentais ou sofrimento psíquico que entraram em conflito com a lei penal, no bojo do processo penal? Escolheu-se atacar o cerne da questão que estabelece o discrimen, qual seja: a periculosidade. Mas, como fazer o enfrentamento?

---

Passemos à descrição metodológica da prática.

## II – Descrição Metodológica

A mudança de paradigma da periculosidade pelo da atenção psicossocial não se deu em um momento único. Divido a metodologia em dois momentos muito marcados. Num primeiro, se observa a mudança do modo de atendimento das pessoas privadas de liberdade em manicômios judiciários. Num segundo momento, o incremento do contato e da troca de saberes a partir de encontros mensais, no manicômio, promovido pelo Centro de Estudos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, do qual esta Defensora Pública participa assiduamente desde junho de 2015, chamado “Caminhos da Desinstitucionalização”.

Para Herrera (2009, p. 108) é na “vontade de encontro” que se materializam os direitos humanos. É na construção de “trama de relações” que se faz possível aumentar as potencialidades humanas. Nesse sentido, uma prática muito importante da Defensoria Pública, talvez a que mais produza “saber estratégico”, tenha que ver com o modo de atendimento às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e se refere ao suso indicado “1º momento metodológico”.

O atendimento jurídico da Defensoria Pública foi transformado em um momento de discussão do caso clínico com a participação da pessoa manicomializada e da equipe técnica assistente da internação. São discutidos os percalços que se tem enfrentado com a RAPS, com a família da pessoa internada, que é sempre ouvida e a Defensoria, que tem o dever de apresentar para discussão quais ferramentas jurídicas podem ser acionadas para potencializar o desenvolvimento da luta por dignidade.

A Defensoria Pública atua nesse ambiente de diálogo desde 2009 e, com isso, tem sido possível potencializar a rede de relações necessária para a efetividade do exercício dos direitos das pessoas manicomializadas.

É epicentro de todo o enfrentamento da atenção ao sujeito de direitos, o PTS: projeto terapêutico singular. Trata-se de elemento produzido pela equipe de assistência da internação de modo articulado com a RAPS e levado para dentro do processo penal de execução de medidas de segurança com o objetivo de demonstrar que existe, no *ethos* dos profissionais da saúde mental e atenção psicossocial uma preocupação com a segurança da pessoa com transtornos mentais e de terceiros.

E o que é o PTS? Segundo definição do Ministério da Saúde,

o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. (BRASIL, 2010, p. 27.)

Assim, toda a lógica do atendimento jurídico está em apoiar a construção do PTS, que garantirá estrutura para que a pessoa possa ser acolhida por equipamentos de saúde extrahospitalares e tenha garantido o tratamento sem preconceito algum.

Se por um lado a atuação interdisciplinar guia o atuar defensorial nos casos individuais há muitos anos, a novidade que possibilitou a estruturação da prática exitosa que ora se apresenta nasceu no seio das reuniões mensais “Caminhos da Desinstitucionalização”. Tratam-se de encontros com periodicidade mensal e que foram estruturados na modalidade de fórum de discussões, a partir da participação da Defensoria Pública e de atores da RAPS.

---

Nessas reuniões, com estrutura de roda de conversa e temas previamente combinados, a palavra circula entre os/as participantes e a Defensoria Pública ocupa papel de interlocução privilegiada, traduzindo os saberes da “assistência” para dentro do processo judicial.

Em uma dessas reuniões do Centro de Estudos, exatamente, no dia 28 de setembro de 2016, pode-se dizer que essa é a data de concepção da ideia que, após gestação coletiva, foi parida como EMPAP, em junho de 2017, percebi que mesmo movida pela militância antimanicomial, realizava prática manicomial. Explico.

Todas as vezes que no atendimento jurídico, a equipe técnica assistente da internação e a pessoa com transtornos mentais em conflito com a lei penal sinalizavam que o projeto terapêutico estava maduro, isto é, que a pessoa reunia as condições clínicas e psicossociais para ser desinternada e dar continuidade ao seu tratamento em meio livre, eu traduzia essa fala da “assistência” como um pedido jurídico de “exame de cessação de periculosidade”. Esse pleito provocava a burocracia e era designada perícia forense pelo juízo da Vara de Execuções Penais. Um lapso temporal considerável, de pelo menos, 06 a 12 meses decorria daquele momento até a efetiva desinternação da pessoa, após perícia realizada, laudo acostado ao processo judicial, audiência designada, e realizada, e cumprimento do mandado de desinternação.

Até o dia 28 de setembro de 2016, nunca tinha me dado conta que aquela tradução era equivocada. Que era manicomial pedir exame de periculosidade. Especialmente, porque o exame não respondia exatamente se a pessoa tinha deixado de ser perigosa. Mas o que estava em teste era a viabilidade do projeto terapêutico singular proposto. Dito em outras palavras, a “perícia” julgava, sem direito a recurso, o trabalho da “assistência”.

Então, decidi: “nunca mais peço exame de verificação/cessação de periculosidade”. E naquela decisão, acompanhada dos respectivos requerimentos jurídicos e recursos instrumentalizadores, está a chave de toda a estratégia de resistência que ora se descreve. Considerando que sou o único órgão de execução que atua no atendimento individual e nos processos judiciais de medida de segurança, a questão passou a ser pautada.

Identificado o meu equívoco, o que colocar no lugar do exame pericial? Pensei inicialmente no LAP. No lugar de pedir para ser designada a perícia forense de cessação de periculosidade, juntava LAP, isto é: laudo de avaliação psicossocial e requeria a desinternação. O LAP era elaborado pela equipe assistente da internação, a partir dos seguintes questionamentos:

- a. Há quanto tempo o paciente é acompanhado pela equipe técnica?
- b. Existe necessidade médica de internação nos moldes do art. 4º e 6º da Lei 10.216/01?
- c. Quais serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS) vêm sendo utilizados pelo paciente?
- d. Como foi a adesão do paciente ao tratamento?
- e. Onde reside o paciente? Mora só ou com familiares? Tem companheira? Tem filhos? Favor descrever os laços sociais e comunitários.
- f. O paciente faz uso de medicamentos? Quais?
- g. O paciente exerce atividade laborativa? Qual?
- h. O paciente possui seus documentos de identificação regularizados (ex.: certidão de nascimento, RG, CPF)?
- i. O paciente recebe algum benefício previdenciário ou assistencial? Qual (ou quais)?
- j. Houve algum evento, durante o acompanhamento do paciente, que demonstrasse falha no tratamento a ele dispensado?

k. A rede de atenção em saúde mental do município está articulada e ciente do acompanhamento do paciente em seu território?

l. Há outras informações que sejam relevantes para a análise da situação psicossocial do paciente? Favor indicar quais.

O LAP pretendia excluir completamente a perícia forense do processo penal de execução de medidas de segurança. Contudo, da análise do discurso (FOUCAULT, 1999) do Ministério Público, acolhido pelo Poder Judiciário, a falta do exame realizado por “peritos habilitados”, leia-se: psiquiatras forenses, geraria “insegurança e temeridade com relação ao fato do paciente efetivamente ter condições de reintegrar o convívio social”. Desse modo, o LAP, apresentado pela Defensoria Pública, não seria suficiente a instruir o juízo na decisão de eventual desinternação do paciente.

Por outro lado, tanto o Ministério Público como o Poder Judiciário entenderam que havia uma inadequação do termo “cessação de periculosidade”, que estaria ultrapassado, de modo que a perícia deveria verificar não mais a presença ou não de uma periculosidade, mas se haveria condições necessárias para a desinternação. Isto é, no epicentro passou a estar o projeto terapêutico singular.

Chegava-se a uma encruzilhada: por um lado, vitória no que tange ao consenso gerado em torno da ideia de inadequação do paradigma da periculosidade. Luta discursiva ganha. Por outro, conflito no substitutivo paradigmático. Luta discursiva perdida.

Observe-se que são retratadas as dificuldades enfrentadas a fim de que não reste dúvida sobre o fato de que diversos percalços foram duramente superados.

Retomando-se a descrição metodológica, foi crucial refletir sobre os discursos que eram veiculados nos processos judiciais. Assim, a partir de levantamento de dados realizado com o apoio da equipe da 20a DP do NUSPEN, analisei todos os casos em que requeri o LAP e estudei a repercussão judicial que receberam, no período de 28 de setembro de 2016 até 31 de março de 2017. A partir do estudo, reorientei a prática.

Os casos significavam uma amostragem de 25% do total de processos penais de execução de medidas de segurança de internação no Estado e, nesse sentido, seriam hábeis a permitir conclusões de índole generalista.

Na companhia de Foucault (1999), analisei os discursos do Ministério Público e do Poder Judiciário, seguindo sua orientação em relação ao “autor do discurso” (p. 26), entendido em conformidade com o princípio de agrupamento do discurso, enquanto “unidade e origem de suas significações, como foco de sua coerência”, e não como o indivíduo falante.

Ainda com o instrumental analítico foucaultiano, precisava identificar qual a forma de controle da produção discursiva, a fim de refletir sobre uma estratégia de incidência nessa produção. Por óbvio não se quer desvendar a universalidade de um sentido, mas de mostrar “à luz do dia o jogo da rarefação imposta, com um poder fundamental da afirmação” (p. 70). O filósofo francês nos ensina que

Em toda sociedade, a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (Ibid, p. 8-9)

Especialmente no discurso do Poder Judiciário, identifiquei que, em disputa, estava o elemento discursivo do “procedimento”. Em outras palavras: a burocracia emperrava a mudança. Explica-se.

---

Foi o serventuário do setor de medidas de segurança da vara única estadual de execução das medidas detentivas que inviabilizou a efetividade das decisões judiciais favoráveis. Ele suscitava dúvidas em cumprir decisões judiciais que determinavam a designação de audiência de desinternação, apenas acompanhada de LAP, sem a respectiva perícia de cessação de periculosidade nos autos. Portanto, foi o apego à forma burocrática anterior, defendida pelo serventuário, donde se destaca certidão (repetida) que, suscitando dúvidas, redirecionou decisões judiciais para os “trâmites de sempre”.

A partir desse ponto, entendeu-se que seria necessário partir do consenso sobre a inadequação do termo “periculosidade” e investir em discutir novo procedimento, vez que continuar insistindo na abolição da perícia forense não parecia hábil a produzir o efeito de substituição paradigmática almejado. Dessa vez, seria incluído o serventuário da justiça. Óbvio.

Fazia-se necessária uma aproximação com o centro do poder médico em relação ao “louco perigoso”. Era imprescindível uma aproximação com o Instituto de Perícias Heitor Carrilho, responsável por todas as perícias forenses do Estado do Rio de Janeiro.

Estávamos em abril de 2017, mas desde fevereiro de 2017, a nova chefia daquele instituto de perícias forense tinha buscado diálogo com a Defensoria Pública, formulando convite para que ministrássemos aula em curso de formação de peritos forenses, para o qual estão habilitados médicos formados, residentes em psiquiatria.

Desafio aceito. Sem saber muito o que esperar, qual não foi minha surpresa ao – finalmente – compreender que a psiquiatria forense ainda trabalha com a noção de periculosidade do revogado artigo 78, da antiga parte geral do Código Penal. Mas a psiquiatria desconhecia a revogação do aludido dispositivo em 1984.

A partir do encontro entre saberes, viabilizado pelo exercício de uma atuação extrajudicial comprometida com a luta antimanicomial, possibilitou-se experiência institucional das mais emblemáticas para a construção dessa prática: ganhou força a importante parceria com o Instituto de Perícias Forenses, que se propôs a revisitar sua própria prática e possibilitou os alinhavos para a construção do Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial.

Em diversos encontros e reuniões, dos quais participavam técnicos da assistência e psiquiatras, foi elaborado um “esqueleto” de exame pericial de avaliação psicossocial. Quando a ideia estava madura, foi apresentada aos demais atores do sistema de justiça, quais sejam: Poder Judiciário e Ministério Público, em histórica reunião no mezzanino da Presidência do TJ RJ, no dia 21 de junho de 2017, da qual também participaram Defensoria Pública, diretores dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico Roberto Medeiros e Henrique Roxo e do Instituto de Perícias Heitor Carrilho. Todos aprovaram novo procedimento para desinternação das pessoas em cumprimento de medida de segurança de internação, já em vigor e que é o que ora se apresenta como prática exitosa.

O exame multiprofissional e pericial de avaliação psicossocial – EMPAP nasce como ato complexo da “perícia” e da “equipe assistente” composto por 02 partes, quais sejam:

- Exame Pericial de Avaliação Psicossocial: pelo perito habilitado; e
- Exame Multiprofissional de Avaliação Psicossocial: pela equipe assistente.

Insta esclarecer que, em matéria de saúde mental, a expressão multiprofissional é amplamente regulamentada em códigos de ética, de modo que é mais técnica que multidisciplinar ou interdisciplinar. Por isso a escolha pelo termo.

O diálogo entre “perícia” e “equipe assistente” estabelece-se no marco da regra segundo a qual a equipe assistente não pode funcionar como perito, nem o perito pode funcionar como equipe assistente.

---

As partes do todo seriam reunidas no Instituto de Perícias Heitor Carrilho, que as numeraria como EMPAP e as encaminharia conjuntamente, por ofício, para a Vara de Execuções Penais (minuta do encaminhamento no anexo).

Resgatando o procedimento, que se chamou de fluxo interinstitucional, foi acertado que:

1 - os peritos habilitados realizarão as perícias das pessoas internadas nos respectivos hospitais psiquiátricos, segundo agenda organizada pela Classificação de cada uma dessas unidades, de acordo com o limite mínimo de 03 exames e máximo de 05 exames, por dia de perícia, nas datas combinadas entre o instituto de perícias, o médico perito e o manicômio.

2 - em nome da desburocratização e maior celeridade, qualquer parte do processo pode solicitar agenda à Classificação; comprometendo-se a Defensoria Pública, no curso de seu atendimento, toda vez que a equipe técnica assistente indicar que o Projeto Terapêutico Singular estiver maduro e houver condições concretas de desinternação, dada a articulação com a rede de atenção psicossocial e o vínculo com CAPS (Centro de Atenção Psicossocial ou outro equipamento de saúde) do território e, em havendo, com a família, condições de renda, dentre outros elementos importantes para a segurança da pessoa e de terceiros, solicitar por ofício durante o atendimento na unidade.

3 - a Classificação receberá o pedido de agenda e marcará o EMPAP.

4 - após o agendamento, a Classificação comunicará a data por ofício para:

4.1. o juízo da VEP, a fim de que as partes saibam da data e possam calcular o prazo de 10 dias para a chegada do EMPAP aos autos.

4.2. a equipe técnica assistente, que deverá preparar a parte do EMPAP que lhe cabe, qual seja: exame multiprofissional de avaliação psicossocial. Vide modelo anexo.

No que tange à logística, o aludido documento da equipe assistente deverá estar pronto até o dia da perícia e por todos os membros da equipe assinado. No mínimo, um dos membros da equipe assistente deverá passar o caso e entregar, mediante recibo, o exame multiprofissional para o perito habilitado, no dia agendado para o EMPAP.

4.3. o Instituto de Perícias Heitor Carrilho, que organizará um levantamento nos seus arquivos para separar todos os exames que porventura o/a periciando/a tenha sido se submetido, entregando-os para o perito habilitado ter condições de compor a parte que lhe cabe no histórico.

5 - dia do EMPAP.

Discussão do Caso. Entrega do Exame Multiprofissional de Avaliação Psicossocial, mediante recibo, para o Perito habilitado. Exame Pericial na Pessoa do Periciando. (vide modelo anexo)

6 - Perito entrega o Exame Pericial de Avaliação Psicossocial por si assinado para a Chefia do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, que o revisará e, também, entrega o Exame Multiprofissional de Avaliação Psicossocial, que recebeu da equipe assistente e do qual era portador.

7 - a Classificação do Instituto de Perícias Heitor Carrilho reunirá como EMPAP o exame pericial e o exame multiprofissional, o numerará, pois serão ambos os documentos encaminhados conjuntamente para o juízo da VEP, via portador e entregues diretamente ao processante do Setor de Medidas de Segurança. PRAZO 10 DIAS da data do exame.

8 - em sendo a conclusão pela desinternação do paciente, todas as audiências serão marcadas na última 3ª feira de cada mês.

Em sendo pela manutenção da internação, reavaliação deve ser feita em 90 dias.

Assim sendo, atualmente, o tempo médio entre a solicitação do EMPAP pela Defensoria Pública e a audiência de desinternação é de 03 meses, em média, podendo ser menor.

Seguiu-se ciclo de capacitações das equipes e adaptação de todos e todas, mas fato é que: sepultado está o paradigma periculosista para as medidas de segurança no Estado do Rio de Janeiro.

Fez-se necessário descrever o passo a passo de como cheguei à desconstrução da periculosidade e à substituição pelo paradigma da avaliação psicossocial, para que todas as batalhas enfrentadas ganhassem registro e para que possam, eventualmente, servir de bússola caso os enfrentamentos se repitam. Agora, segue um roteiro enxuto, com vistas a possibilitar a replicação da prática:

I – buscar diálogo interdisciplinar com a RAPS e a equipe que assiste a internação, modificando o modo como o atendimento jurídico é prestado pela Defensoria Pública (pressuposto).

II – negar-se a reproduzir o conceito de periculosidade dentro do processo penal ou em outro âmbito, problematizando-o em todas as oportunidades processuais e extrajudiciais em que for possível fazê-lo.

III – apresentar, em substituição ao paradigma da periculosidade, o paradigma da avaliação psicossocial, defendendo que a desinternação é possível a partir de um projeto terapêutico bem estruturado, no marco da Portaria 3088/2011 e da Lei 10216/01.

IV – articulação estratégica com todos os atores do sistema de justiça: Judiciário, Ministério Público, Insituto de Perícias, Equipe que trabalha nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, mui especialmente, com os serventuários da justiça e com a equipe da classificação das unidades penitenciárias, vez que o nó estrutural está no procedimento e não na disputa teórica.

V – produção de modelo para guiar o fluxo interinstitucional (Anexo).

### III – BENEFÍCIOS INSTITUCIONAIS ALCANÇADOS

Os benefícios institucionais se verificam, com maior potência, na garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei penal em cumprimento de medida de segurança de internação. E, ainda, no aumento de prestígio e importância da Defensoria Pública enquanto metagarantia de direitos.

Enumeram-se, ainda:

- Redução do tempo do processo, reduzindo-se o tempo de internação e evitando-se os prejuízos advindos das internações de longa permanência;
- Aumento da vida útil do Projeto Terapêutico Singular. Em sendo o PTS um eterno construir, o longo decurso do tempo do processo colocava em risco a exequibilidade do próprio PTS proposto. Não raro, com a demora de quase 01 ano para sua efetivação da liberdade, o PTS tinha de ser atualizado em razão de reagudização de sintomas psiquiátricos em decorrência da própria privação de liberdade ou outras questões;

- Aproximação dos atores do sistema de justiça em prol dos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei;
- Direito à igualdade entre todas as pessoas com transtornos mentais;
- Prestígio do trabalho da assistência e da RAPS, que efetivamente garantem a estrutura social adequada para o acolhimento da pessoa com sofrimento psíquico;

## IV – RECURSOS ENVOLVIDOS

Os recursos envolvidos não são exclusivos. O órgão da 20ª DP do NUSPEN atende aos hospitais psiquiátricos e aos hospitais penais, assim como a uma unidade de cumprimento de pena em regime semi-aberto. Portanto, tratam-se de recursos compartilhados.

O órgão de execução é formado por 01 defensora pública titular, 01 servidora concursada, 03 estagiários oficiais. É dotado de 02 computadores e há laptops para cada um dos estagiários, assim como 01 impressora compartilhada, que também é máquina de xerox.

Nenhum custo adicional para a instituição representou a prática descrita. Tão apenas uma mudança no fazer, que – vale registrar – contou com incondicional apoio da chefia institucional. Conforme ensina Granduque (2013, p. 82),

a função da Defensoria Pública nesse processo é criar espaços para que esses vitimizados, subintegrados ou subalternos possam falar e ser ouvidos, ainda que em processos judiciais, com cujas linguagens, tradicionalmente, erigem-se novos obstáculos para o acesso à justiça. Deve a Defensoria Pública criar condições para que mulheres, crianças, índios, negros, homossexuais, encarcerados, pessoas com deficiência, idosos e sem-direitos em geral toquem os sinos quando se deva anunciar aos quatro cantos do mundo que a justiça esteja sendo assassinada.

## V – REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed.. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4ª ed.. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- BORGES, Nadine; CUNHA, José Ricardo. Direitos humanos, (não) realização do estado de direito e o problema da exclusão. In: CUNHA, José Ricardo. *Direitos Humanos, Poder Judiciário e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011. p. 207-247.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CAETANO, Haroldo (coord.). *PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*. 3ª. ed.. Goiânia: MP/GO, 2013.
- CARVALHO, Salo de. *Antimanual de Criminologia*. 5a. ed.. São Paulo: Saraiva, 2013.
- COOPER, David. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. Tradução de Regina Scneiderman. São Paulo: Editora Perspectiva, 1967.
- DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

- FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. (Aula Inaugural no Collège de France, 02 dez.1970) São Paulo: Edições Loyola, 1999.
- GRANDUQUE, Caio Jesus. **Reinventar o acesso à justiça em tempos de transição paradigmática**: notas sobre o papel da defensoria pública de São Paulo e dos novos movimentos sociais na descolonização da justiça no Brasil, *O Direito Alternativo*, v.2., n.1, pp. 64-85, junho de 2013.
- HERRERA FLORES, Joaquín. **A Reinvenção dos Direitos Humanos**. Tradução de Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrique Graciano Suxberger; Jefferson Aparcido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.
- HIRATA, Helena. **Gênero, Classe e Raça**: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*, v. 26, n. 1. p. 61-73.
- KUHN, Thomas. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 5ª ed. São Paulo: Ed. Perspectiva S.A., 1997.
- MAGNO, Patricia; FRANCO, Glauce. **I Relatório Nacional de Atuação em Pro de Pessoas e/ou Grupos em Condição de Vulnerabilidade**. Brasília: Forum Justiça e ANADEP, 2015.
- SANTOS, Boaventura Sousa. **Poderá o direito ser emancipatório?** *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 65, maio 2003, p. 3-76.
- SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.
- ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Em busca das penas perdidas**: a perda de legitimidade do sistema penal. Tradução Vânia Romano e Amir Lopes da Conceição. Rio de Janeiro: Revan, 1991.

## ANEXO

### I – SUBSECRETARIA ADJUNTA DE TRATAMENTO PENITENCIÁRIO INSTITUTO DE PERÍCIAS HEITOR CARRILHO

Ofício n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Rio de Janeiro, (data).

De: Diretor do Instituto de Perícias Heitor Carrilho da Subsecretaria Adjunta de Tratamento Penitenciário da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária – SEAP/HH

Para: Exmo. Sr. Dr. Juiz de Direito da Vara de Execução Penal do Estado do Rio de Janeiro

Assunto: Encaminhamento de Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial – EMPAP n. \_\_\_\_\_

Ref.: (n. processo VEP)

Prezado Senhor,

Cumprimentando-o, honradamente, sirvo-me do presente para encaminhar Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial – EMPAP – registrado neste Instituto de Perícias sob o n. \_\_\_\_\_, referente ao paciente (\_\_\_\_\_) NOME COMPLETO \_\_\_\_\_), RG (\_\_\_\_\_) anotar o RG \_\_\_\_\_), em cumprimento de medida de segurança de internação nos autos do processo acima indicado.

Renovo meus protestos de elevada estima e consideração,

(direção da SEAP-HH)

## II - EXAME PERICIAL DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

Identificação:

Nome:

Data de nascimento:

Nome dos pais:

Naturalidade:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Raça cfe. GRP:

Raça declarada:

Religião: (é livre para declarar ou não)

Gênero e Orientação Sexual: (é livre para declarar ou não) – cfe. Resolução SEAP n. 558 – em caso de NOME SOCIAL no SIPEN, incluir.

Residência:

Histórico:

Delito(s):

Versão do periciado sobre o delito:

Hipótese diagnóstica no laudo de sanidade mental: (buscar no laudo e transcrever)

Conclusão do laudo de sanidade mental: (buscar no laudo e transcrever)

Em existindo exame pericial anterior, indicar respectivo tipo de exame e suas respectivas hipótese diagnóstica e conclusão.

Internação psiquiátrica e/ou tratamento psiquiátrico anterior ao delito: SIM NÃO (especificar)

História de abuso de álcool e drogas ilícitas: SIM NÃO (especificar)

Estado atual:

Estado psíquico atual: Especificar

Consciência da morbidade: Especificar

Consciência da necessidade de continuar o tratamento: Especificar e demonstrar como foi o tratamento a ele dispensado e o que está sendo empregue para despertar o desejo de se tratar.

Exame psíquico e sumula psicopatológica:

Hipótese Diagnóstica atual:

Conclusão:

A presente avaliação conclui que o periciado reúne condições clínicas satisfatórias e poderá dar continuidade ao projeto terapêutico no que se refere a benefícios sociais e demais necessidades familiares, tratamento psicológico e psiquiátrico em regime ambulatorial, que deverá ser feito no ... /

A presente avaliação conclui que o periciado deverá permanecer internado, até nova avaliação, sugerida ao fim de 90 dias a partir da data deste exame.

Perito Habilitado

---

### III - EXAME MULTIPROFISSIONAL DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

Identificação:

Nome:

Data de nascimento:

Nome dos pais:

Naturalidade:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Residência:

Território:

Serviço de Saúde Mental/CAPS: (indicar exatamente qual o serviço, endereço completo e telefone. Indicar o técnico de referência ou o coordenador do serviço.)

Histórico:

Proveniente da(s) unidade(s): indicar o trânsito da pessoa dentro do sistema penitenciário

Sanção penal instituída: (especificar a natureza da sanção penal: se PPL ou se MS ou se pena convertida em MS)

Sanção penal anterior: SIM NÃO (especificar qual tipo)

Tempo de duração da privação de liberdade desde a captura pelo sistema de justiça penal, especificando a data de entrada na unidade atual

Delito(s):

Internação psiquiátrica e/ou tratamento psiquiátrico anterior ao delito: SIM NÃO (especificar)

História de abuso de álcool e drogas ilícitas: SIM NÃO (especificar)

Estado atual:

Estado psíquico inicial:

Terapêutica instituída: (medicação, oficinas, atendimento, saídas terapêuticas, visita da rede de saúde...) Especificar

Estado psíquico atual: Especificar

Laços familiares, afetivos e comunitários (Esclarecer a situação familiar com nome, endereço, telefone, vínculo de parentesco, se tem filhos ou não; qual a rede sócio afetiva para além da família)

Aderência ao tratamento: ( Observar que não é apenas aderência à medicação e Especificar)

Consciência da morbidade: Especificar

Consciência da necessidade de continuar o tratamento: Especificar e demonstrar como foi o tratamento a ele dispensado e o que está sendo empregue para despertar o desejo de se tratar.

Projeto terapêutico em andamento: Especificar (Renda, moradia, documentação)

Conclusão:

A presente avaliação conclui que o usuário/paciente reúne condições clínicas satisfatórias e poderá dar continuidade ao projeto terapêutico no que se refere a benefícios sociais e demais necessidades familiares, tratamento psicológico e psiquiátrico em regime ambulatorial, que deverá ser feito no .../

A presente avaliação conclui que o usuário/paciente deverá permanecer internado, até nova avaliação, sugerida ao fim de 90 dias a partir da data deste exame.

Equipe Assistente

---

