

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL

Faculdade de Direito de Alagoas - FDA

JULIANA LOPES NARDINI

**OS IMPACTOS DA DECISÃO DO STF SOBRE A
DESINTERNAÇÃO DOS PACIENTES DOS HOSPITAIS DE
CUSTÓDIA: a situação dos egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário**
Pedro Marinho Suruagy

Maceió/AL.

Março/2021.

JULIANA LOPES NARDINI

**OS IMPACTOS DA DECISÃO DO STF SOBRE A
DESINTERNAÇÃO DOS PACIENTES DOS HOSPITAIS DE
CUSTÓDIA: a situação dos egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário**
Pedro Marinho Suruagy

Monografia de Conclusão de Curso, apresentada
à Faculdade de Direito de Alagoas (FDA/UFAL) como
requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientadora: Prof. Dra. Elaine Cristina
Pimentel Costa

Assinatura da Orientadora

Maceió/AL.

Março/2021.

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

N224i Nardini, Juliana Lopes.
Os impactos da decisão do STF sobre a desinternação dos pacientes dos hospitais de custódia : a situação dos egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy / Juliana Lopes Nardini. – 2021.
57 f. : il.

Orientadora: Elaine Cristina Pimentel Costa.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Direito de Alagoas. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 50-54.
Apêndices: f. 55-57.

1. Medida de segurança. 2. Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. 3. Internação em Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. 4. Inimputabilidade. I. Título.

CDU: 343.222-056.37

JULIANA LOPES NARDINI

**OS IMPACTOS DA DECISÃO DO STF SOBRE A
DESINTERNAÇÃO DOS PACIENTES DOS HOSPITAIS DE
CUSTÓDIA: a situação dos egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário**
Pedro Marinho Suruagy

Esta monografia de conclusão de curso de graduação em Direito, apresentada à Faculdade de Direito de Alagoas (FDA/UFAL) como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito, obteve a devida aprovação perante a presente banca examinadora.

Banca Examinadora:

Presidente:

Membro:

Coordenador do NPE:

Maceió/AL.

Março/2021.

*Dedico este trabalho ao meu esposo Claudicio e ao nosso filho, José Claudicio,
razões do meu caminhar.*

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Elaine Cristina Pimentel Costa por sua orientação - impecável e enriquecedora – confiança, dedicação e compreensão em todos os momentos da caminhada rumo à concretização deste Trabalho de Conclusão de Curso.

“E aqueles que foram vistos dançando foram julgados insanos por aqueles que não podiam escutar a música.”

(Friedrich Nietzsche)

RESUMO

O presente trabalho trata acerca do impacto da decisão do Supremo Tribunal Federal – ensejada pelo Habeas Corpus 8.214-4 – São Paulo – sobre a desinternação dos pacientes dos Hospitais de Custódia. A pesquisa realizada em Alagoas, no Centro Psiquiátrico Judiciário – responsável pela internação dos pacientes submetidos à medida de segurança – e no Hospital Escola Portugal Ramalho – único hospital psiquiátrico público do Estado e para onde são encaminhados os egressos que não possuem familiares responsáveis – revelou a realidade de pacientes e egressos que, muitas vezes, por não possuírem mais nenhum vínculo familiar, por serem invisíveis e discriminados pela sociedade, vêm-se obrigados a cumprir uma pena informal, muitas vezes perpétua, sem perspectiva de finalização do tratamento ou mesmo qualquer melhora. Embora não se tenha obtido informações acerca de pacientes com internação superior ao limite imposto pelo supremo Tribunal Federal, possível foi verificar a inclusão de familiares dos pacientes nas atividades e consultas multidisciplinares, a fim de garantir o fortalecimento do vínculo afetivo, bem como garantir a continuidade do tratamento dos egressos. Sem dúvida, necessário se faz que haja não apenas Hospitais de Custódia e Psiquiátricos para o tratamento daqueles que se submetem à medida de segurança e aos egressos, mas também programas efetivos de tratamento, reinserção e mudança de visão que a sociedade tem dos inimputáveis que cumprem medida de segurança. Do contrário, a pena continuará sendo não apenas além do estipulado pelo Supremo Tribunal Federal, mas perpétua.

Palavras-chave: Medida de Segurança; Hospitais de Custódia; Internação, Desinternação, Inimputáveis.

ABSTRACT

The present work deals with the decision impact of the Supreme Federal Court - brought by Habeas Corpus 8.214-4 - São Paulo - about disinternation of patients in Custody Hospitals. The research carried out in Alagoas, at the Judicial Psychiatric Center - responsible for admission of agents subjected to security measures - and at Portugal Ramalho School Hospital - the only public psychiatric hospital in the State and where the egressed who have no responsible relatives are sent - revealed the reality of patients and egressed who often, because they no longer have any family ties, because they are invisible and discriminated against by society, are obliged to fulfill a sentence that is often perpetual, with no prospect of finalizing treatment or even any improvement. Although no information was obtained about patients with internment above the limit imposed by the Supreme Federal Court, it was possible to verify the inclusion of patients' family members in multidisciplinary activities and consultations, in order to guarantee the strengthening of the affective bond, as well as to guarantee continuity the treatment of egressed. Undoubtedly, it is necessary to make sure that there are not only Custody and Psychiatric Hospitals for the treatment of those who are subject to the safety measure and the egressed, but also effective programs of treatment, reinsertion and a change in the vision that society has of the unimputable ones who comply security measure. Otherwise, the penalty will continue to be not only beyond what is stipulated by the Supreme Federal Court, but perpetual.

Key Words: Security Measure, Custody Hospitals; Internment; Disinternation, Unimputable.

LISTA DE FOTOS

Foto 01: A Casa dos Mortos.....	28
Foto 02: Cena de A Casa dos Mortos.....	28
Foto 03: Crônicas (Des)Medidas.....	29
Foto 04: Cena de Crônicas (Des)Medidas.....	29
Foto 05: Prédio do CPJ Pedro Marinho Suruagy.....	36
Foto 06: Equipe CPJ Pedro Marinho Suruagy.....	37
Foto 07: Reforma do CPJ Pedro Marinho Suruagy.....	37
Foto 08: Ampliação do CPJ Pedro Marinho Suruagy.....	38
Foto 09: Reabertura do CPJ Pedro Marinho Suruagy.....	38
Foto 10: Atividade do CPJ Pedro Marinho Suruagy.....	40
Foto 11: Carnaval no CPJ Pedro Marinho Suruagy.....	41
Foto 12: Ala do CPJ Pedro Marinho Suruagy.....	41
Foto 13: Pacientes aguardam laudo no CPJ Pedro Marinho Suruagy.....	42.
Foto 14: Interação no CPJ Pedro Marinho Suruagy.....	43
Foto 15: Antiga fachada do Hospital Escola Portugal Ramalho.....	44
Foto 16: Prédio atual do Hospital Escola Portugal Ramalho.....	44
Foto 17: Equipe do Hospital Escola Portugal Ramalho.....	45
Foto 18: Atendimento no Hospital Escola Portugal Ramalho.....	45

Foto 19: Atividade no Hospital Escola Portugal Ramalho.....46

Foto 20: Atividade do Hospital Escola Portugal Ramalho.....46

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	9
2.	A MEDIDA DE SEGURANÇA	13
2.1.	A LOUCURA E O DIREITO PENAL BRASILEIRO	20
2.2.	A MEDIDA DE SEGURANÇA E O CONTEXTO SOCIOLÓGICO	23
2.3.	O ENTENDIMENTO DO STF SOBRE A MEDIDA DE SEGURANÇA	30
3.	MEDIDA DE SEGURANÇA EM ALAGOAS	35
3.1.	O CENTRO PSIQUIÁTRICO JUDICIÁRIO PEDRO MARINHO SURUAGY	36
3.2.	O HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO	43
4.	CONCLUSÃO	48
5.	REFERÊNCIAS	50

APÊNDICES

APÊNDICE A	– QUESTIONÁRIO CENTRO PSIQUIÁTRICO JUDICIÁRIO	55
-------------------	--	----

APÊNDICE B	– QUESTIONÁRIO HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO	57
-------------------	--	----

1. INTRODUÇÃO

A medida de segurança, preconizada pelos arts. 96 a 99 do Código Penal Brasileiro (1940), representa a intervenção do Estado na liberdade do indivíduo inimputável e semi-imputável, que possui doença mental ou desenvolvimento mental incompleto e cometeu fato típico e antijurídico (delito penal), ou seja, cometeu um ato tido como crime.

O tratamento ocorre através de internação em hospitais de custódia (para aqueles pacientes considerados inimputáveis pelo juízo e que cometeram fato previsto como crime punível com reclusão) – ou estabelecimento adequado – bem como através de tratamento ambulatorial (para o fato previsto como crime punível com detenção), até que a punibilidade seja extinta.

Ainda segundo o Código Penal Brasileiro (1940), não há tempo determinado para a cessação da internação ou tratamento ambulatorial dos pacientes (a lei expressa apenas que o tempo mínimo deve ser de 01 (um) a 03 (três) anos), devendo durar enquanto houver periculosidade destes.

O instrumento usado para aferir a periculosidade ou sua inexistência dos pacientes submetidos à medida de segurança é a perícia médica, que deve ser realizada ao findar do prazo mínimo estipulado pelo juízo e repetida anualmente, também sob determinação judicial.

Cabe ainda, conforme expresso no art. 26 do Código Penal Brasileiro (1940), salientar que a aplicação da medida de segurança é prevista àquele que possui doença mental ou desenvolvimento mental incompleto e, no momento do ato considerado criminoso, era incapaz de compreender a gravidade de sua ação ou omissão.

Ou seja, a medida de segurança aplica-se, em regra, de acordo com Prado e Schindler (2017), aos inimputáveis ou aos que possuem desenvolvimento mental incompleto e, em virtude disso, não são capazes de mensurar o caráter ilícito de seus atos.

Destaca-se ainda que a medida de segurança tem a função de tratamento terapêutico para preservar a sociedade do perigo que o indivíduo representa e em seu art. 97, §1º – como explicitado acima –, e o Código Penal Brasileiro traz que esta será aplicada por tempo indeterminado, enquanto durar a periculosidade do indivíduo.

Não há como negar, nesse sentido, que o caráter de avaliação para perdurar a internação do agente tem viés extremamente subjetivo e não condiz com aquilo que preconiza

o art. 5º, inc. XLVII, b, da Constituição Federal (1988): “não haverá penas: ... b-) de caráter perpétuo; ...”.

O Supremo Tribunal Federal já se manifestou no sentido de que a medida de segurança deve compreender o período de duração da pena do agente, a fim de não incorrer em pena de caráter perpétuo, limitando-se a 30 (trinta) anos, conforme demonstrado no *Habeas Corpus* 84.219 (HC 84.219, Rel. Min. Marco Aurélio, Primeira Turma, DJ 23.9.2005). O documento preconiza a abolição de prisões perpétuas, não podendo a medida de segurança ultrapassar o limite máximo de 30 (trinta) anos.

Da mesma forma, o Superior Tribunal de Justiça publicou a Súmula 527, a qual estabelece que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”.

Seguindo, pois, essa jurisprudência, os Hospitais de Custódia devem ou liberar o paciente que já cumpriu seu tempo de internação e não mais apresenta periculosidade ou encaminhar aquele que, embora tenha cumprido o prazo máximo de internação, ainda represente um risco à sociedade, para um hospital psiquiátrico comum.

Neste momento, os pacientes tornam-se egressos e junto com a nova condição, surgem também vários problemas para um efetivo retorno à sociedade.

Muitos não possuem família, ou se possuem, estas não estão dispostas a arcar com a responsabilidade de cuidar de uma pessoa com transtornos mentais. Outros passaram tantos anos internados e já saem idosos, com problemas de saúde, dificuldade de locomoção, totalmente desorientados, perdidos. Aqueles que seguem para um hospital psiquiátrico comum passarão por novas formas de tratamento, novas formas de convivência social, longe do ambiente carcerário, marcado pela hostilidade das dependências e pela presença de policiais penais.

Em Alagoas, há o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy - CPJ, que conta com 10 (dez) alas, sendo 01 (uma) delas para pacientes do sexo feminino, segundo informações do sítio da Secretaria de Ressocialização e Inclusão Social de Alagoas (SERIS) na *internet*.

Os pacientes que permanecem em tratamento, mas que já cumpriram o tempo máximo de internação no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, são encaminhados para o Hospital Escola Portugal Ramalho, o único hospital psiquiátrico público do Estado de Alagoas.

A pesquisa aqui proposta, então, aborda como problema central a situação dos egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, evidenciando como está a vida dessas pessoas após a saída do Centro Psiquiátrico, qual foi o período de internação, se há política estadual de ajuda para reinserção desses indivíduos na sociedade, como é a relação com familiares, bem como qual o tratamento dispensado àqueles que seguiram para Hospital Escola Portugal Ramalho.

Cabe ainda destacar que o trabalho também busca verificar como está se dando a aplicação do entendimento do Supremo Tribunal Federal – a partir do HC 84.219/SP – bem como da Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça (STJ) acerca do tempo máximo de tratamento do agente submetido à medida de segurança.

De acordo com o contexto da pesquisa e com a problemática apresentada, os objetivos do presente estudo – que servirão de parâmetro para a análise dos dados – distribuem-se em geral e específicos.

O objetivo geral delimita-se por analisar a situação dos pacientes submetidos a medidas de segurança, egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy.

Já os objetivos específicos são: analisar os pressupostos para a desinternação de pacientes submetidos à medida de segurança na legislação, bem como as Súmulas do STF e do STJ sobre limites temporais para o cumprimento das medidas de segurança; pesquisar se o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy está cumprindo a decisão do STF, bem como a Súmula do STJ sobre a desinternação de pacientes de hospitais de custódia e verificar se o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy possui política de preparo dos agentes para a vida após a desinternação; e, por fim, analisar a condição de vida dos egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, tanto daqueles que seguiram para “casa” quanto daqueles que foram encaminhados para o Hospital Escola Portugal Ramalho.

Este estudo justifica-se pela necessidade de verificar como está dando-se a aplicação do entendimento do Supremo Tribunal Federal – a partir do HC 84.219/SP – bem como da Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça (STJ) acerca do tempo máximo de tratamento do agente submetido à medida de segurança.

Importante também se faz saber se há algum tipo de apoio e/ou preparo para reinserção desses pacientes na sociedade, ainda no ambiente do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy.

Ainda tem aquele egresso cuja periculosidade cessou e segue para a casa de familiares, conhecidos ou simplesmente se percebem sozinhos. Gritante pesquisar qual apoio é dado a esses indivíduos.

Por fim, ainda há pacientes que seguirão para o Hospital Escola Portugal Ramalho para continuação do tratamento.

Importante observar como é a nova rotina desses pacientes, como é o tratamento a eles dispensado, se há algum tipo de separação dos demais pacientes do hospital etc.

Assim, imprescindível se faz saber como está a situação dos egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, especialmente no que se refere à continuidade do tratamento, reinserção social e tempo de internação.

2. A MEDIDA DESEGURANÇA

Esta seção dedica-se a tratar de forma mais aprofundada os conceitos acerca da medida de segurança, bem como sua relação com o Código Penal Brasileiro, o sujeito submetido à medida de segurança, seus primeiros passos e os entendimentos do Superior Tribunal Federal (STF) e Superior Tribunal de Justiça (STJ).

Como demonstram estudos acerca da medida de segurança, esta surgiu em Roma, no julgamento de um indivíduo que havia assassinado a própria mãe. O agente foi acorrentado e isolado do convívio social, sem que houvesse qualquer outro tipo de punição, como explica Débora Silveira (2014).

PERES e NERY FILHO (2002, p. 12) falam da importância do surgimento das medidas de segurança:

As medidas de segurança surgem para possibilitar ao direito penal um espaço de atuação frente aos irresponsáveis e “semi-responsáveis”, que, com base no código anterior, estavam fora do âmbito das sanções penais. Segundo o ministro Francisco Campos (apud Oliveira e Silva, 1942, p. 92), as medidas de segurança vieram corrigir a anomalia presente no código de 1890, que, ao isentar de pena os doentes mentais perigosos, não previa para eles nenhuma medida de segurança ou de custódia, deixando-os completamente a cargo da Assistência a Alienados.

Essa medida era tida como preventiva pelos romanos, como elucida CHARLANA (2019, p. 03-04):

Observando-se na história, a aplicação de medidas preventivas é muito antiga na civilização, considerando-se que, os romanos já internavam os doentes mentais em casas de custódia com a finalidade de afastar os indivíduos perigosos da sociedade e excluí-los na incidência da norma penal, com uma visão de segurança social, no princípio aplicada como meio preventivo.

Ressalta-se que a medida acima era aplicada quando os parentes do indivíduo com doença mental eram incapazes de cuidar e conter este por outros meios.

NUCCI (2007, p. 38) conceitua a medida de segurança como:

(...) uma forma de sanção penal, com caráter preventivo e curativo, visando a evitar que o autor de um fato havido como infração penal, inimputável ou semi-imputável, mostrando periculosidade, torne a cometer outro injusto e receba tratamento adequado.

Já BITTENCOURT (2010, p. 315), expõe que:

A medida de segurança, assim como a pena privativa de liberdade, constituem duas formas semelhantes de controle social e, substancialmente, não apresentam diferenças dignas de nota. (...) consubstanciam formas de invasão da liberdade do indivíduo pelo Estado, e, por isso, todos os princípios fundamentais e constitucionais aplicáveis à pena regem também as medidas de segurança.

Como se pode depreender dos conceitos acima, tem-se que a medida de segurança nada mais é do que uma providência estatal – com caráter preventivo e terapêutico - para que o indivíduo inimputável ou semi-imputável, que praticou um ato tipificado como crime, seja inserido num controle social, recebendo o tratamento necessário para sua possível recuperação e reinserção na sociedade.

Apesar de a conceituação ser clara, dúvidas podem surgir acerca da diferença entre a pena propriamente dita e a medida de segurança, já que tanto o infrator imputável quanto o inimputável cometeram fato tido como crime.

BITTENCOURT (2010, p. 315), explica bem a diferença entre pena e medida de segurança:

- a) As penas têm caráter retributivo-preventivo; as medidas de segurança têm natureza eminentemente preventiva.
- b) O fundamento da aplicação da pena é a culpabilidade; a medida de segurança fundamenta-se exclusivamente na periculosidade.
- c) As penas são determinadas; as medidas de segurança são por tempo indeterminado. Só findam quando cessara periculosidade do agente.
- d) As penas são aplicáveis aos imputáveis e semi-imputáveis; as medidas de segurança são aplicáveis aos inimputáveis e, excepcionalmente, aos semi-imputáveis, quando estes necessitarem de especial tratamento curativo.

A medida de segurança possui fundamento de aplicação na periculosidade, ao contrário da pena - que se baseia na culpabilidade - e possui como objetivo primordial a

prevenção e a recuperação dos indivíduos delinquentes com um tratamento curativo, como complementa Charlana (2019).

Vale destacar ainda que a medida de segurança também tem natureza preventiva, é – segundo o Código Penal Brasileiro (1940) – por tempo indeterminado e é aplicada aos inimputáveis e semi-imputáveis. Já a pena tem caráter retributivo-preventivo, tem período determinado e se aplica aos imputáveis, menciona Queiroga (2018).

A medida de segurança está expressa no Código Penal Brasileiro (1940), em seu art. 96, possuindo dois tipos específicos, quais sejam, a internação em hospital de custódia ou tratamento ambulatorial, conforme explicitado a seguir:

Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

O que leva o magistrado a aplicar a internação ou o tratamento ambulatorial está intrinsecamente ligado à imputabilidade do agente. Sendo este inimputável, o juiz determinará a sua internação. De outro modo, sendo o crime punível com detenção, poderá o juízo aplicar o tratamento ambulatorial, conforme preconiza o art. 26 do Código Penal Brasileiro (1940):

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

PERES e NERY FILHO (2002, p. 11), explicitam que:

A inimputabilidade relaciona-se diretamente com a culpabilidade do delinqüente, a qual, definida como o aspecto subjetivo do delito que concerne a intenção de delinquir” (Moura, 1996, p. 89), funciona como condição para imposição da pena. Com base no artigo 26, podemos ver que os doentes mentais são isentos de pena e, por isso, a doença mental no código de 1940 é considerada como uma causa de exclusão da culpabilidade: o crime existe, mas não é efetivo em relação ao sujeito.

Se está ausente a culpabilidade - elemento que liga o agente ao crime -, isso determina a inimputabilidade, de modo que não pode ser juridicamente imputada a prática de um fato punível ao sujeito (Jesus, 1988, p. 397).

Vale acrescentar que, assim como a imputabilidade do agente, há outros requisitos que devem ser observados para a aplicação da medida de segurança, como expõe BITTENCOURT (2010, p. 315):

a) Prática de fato típico punível — É indispensável que o sujeito tenha praticado um ilícito típico. Assim, deixará de existir esse primeiro requisito se houver, por exemplo, excludentes de criminalidade, excludentes de culpabilidade (como erro de proibição invencível, coação irresistível e obediência hierárquica, embriaguez completa fortuita ou por força maior) — com exceção da inimputabilidade —, ou ainda se não houver prova do crime ou da autoria etc. Resumindo, a presença de excludentes de criminalidade ou de culpabilidade e a ausência de prova impedem a aplicação de medida de segurança.

b) Periculosidade do agente — É indispensável que o sujeito que praticou o ilícito penal típico seja dotado de periculosidade. Periculosidade pode ser definida como um estado subjetivo mais ou menos duradouro de antissociabilidade. É um juízo de probabilidade — tendo por base a conduta antissocial e a anomalia psíquica do agente — de que este voltará a delinquir. O Código Penal prevê dois tipos de periculosidade: 1) periculosidade presumida — quando o sujeito for inimputável, nos termos do art. 26, caput; 2) periculosidade real — também dita judicial ou reconhecida pelo juiz, quando se tratar de agente semi-imputável (art. 26, parágrafo único), e o juiz constatar que necessita de “especial tratamento curativo”.

c) Ausência de imputabilidade plena — O agente imputável não pode sofrer medida de segurança, somente pena. E o semi-imputável só excepcionalmente estará sujeito à medida de segurança, isto é, se necessitar de especial tratamento curativo, caso contrário, também ficará sujeito somente à pena: ou pena ou medida de segurança, nunca as duas. Assim, a partir da proibição de aplicação de medida de segurança ao agente imputável, a ausência de imputabilidade plena passou a ser pressuposto ou requisito para aplicação de dita medida.

Um ponto bastante subjetivo acerca da aplicação da medida de segurança encontra-se no art. 97, § 1º, do Código Penal Brasileiro (1940), onde está expresso que a internação ou o tratamento ambulatorial perdurará, por prazo indeterminado, enquanto durar a periculosidade do agente, mediante perícia médica, não devendo tal avaliação ser inferior a 01 (um) ou 03 (três) anos:

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Prazo

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

PERES e NERY FILHO (2002, p. 13), tratam sobre o prazo indeterminado da medida de segurança:

O crime funciona, para aplicação da medida de segurança, como um sintoma do estado perigoso individual. Como não é possível saber ao certo a duração desse “estado”, a medida de segurança é indeterminada em sua duração. Nesse sentido, caracteriza-se como preventiva, voltada para a neutralização profilática ou recuperação do indivíduo.”

A pena olha, simultaneamente para o passado e para o futuro; a medida de segurança olha somente para o futuro. Para uma, o crime acontecido é fundamento necessário e suficiente; para outra, é apenas ocasião, pois seu fundamento transcende o crime, para legitimar-se com a periculosidade do seu autor. Para a incidência na pena, basta o crime, pois somente na medida de seu quantum é que se tem em conta a pessoa do criminoso. Para a medida de segurança, o crime é apenas um eventual sintoma ou indício de estado perigoso’ individual que é a sua condição *sine qua non*.

Cabe destacar também que a desinternação ou liberação terá caráter condicional e caso o agente cometa ato – num período de 01 (um) ano – que demonstre sua periculosidade, este terá sua situação anterior restabelecida (art. 97, § 3º, do Código Penal Brasileiro):

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

(...)

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

Conforme dito anteriormente, o Código Penal Brasileiro (1940) - em seu art. 26 - preconiza que aquele que possui doença mental ou desenvolvimento mental incompleto, quando pratica ato ilícito, por ser incapaz de entender seu ato, fica isento de pena.

Sendo assim, este sujeito ficará submetido à medida de segurança – seja por meio de internação, seja por atendimento ambulatorial – a fim de que receba o tratamento adequado e possa, cessada sua periculosidade, ser reinserido na sociedade.

Embora a medida de segurança tenha se aperfeiçoado após a Escola Positiva, há registros de que esta tenha sua origem no período romano – conforme mencionado anteriormente - onde um sujeito acusado de ter matado a própria mãe foi acorrentado – sem aplicação de nenhuma outra pena – sob o pretexto de mantê-lo em segurança, bem como seus parentes, explica Carlos Oliveira (2015).

Com a Escola Positiva – que preconiza a proteção social em detrimento do indivíduo - a medida de segurança passa a tratar os agentes infratores sob uma perspectiva de proteção social.

Seus maiores representantes – Enrico Ferri, Rafael Garófalo e Cesare Lombroso – não viam o livre-arbítrio como o pressuposto para a realização do ato criminoso, ligando-o à personalidade do sujeito, levando-se em conta suas características psicobiológicas, juntamente suas condições sociais.

As causas biológicas eram levadas em consideração – em casos de loucura – por comprometerem a vontade e o entendimento, conforme aludem Peres e Nery Filho (2002).

DEMIRANDA e FONSECA (2017, p. 12-13) trazem uma reflexão muito importante acerca do reflexo da Escola Positiva, em especial das ideias de Cesare Lombroso, no Direito Penal Brasileiro, em especial no que diz respeito à medida de segurança:

As lições de Lombroso acerca dos estigmas do criminoso nato ajudam a compreender a predominância de indivíduos de classes sociais mais baixas nos cárceres em nosso país, visto que a legislação protege com muito mais rigor crimes contra o patrimônio. A punição dos indivíduos acaba baseando-se no estereótipo do delinquente bem como em sua personalidade, muitas vezes tornando gravosos crimes de menor potencial ofensivo, em prol da ‘defesa social’. De acordo com Zaffaroni e Pierangeli, o Código de 1940 era extremamente rigoroso e as medidas de segurança geravam uma clara deterioração da segurança jurídica, convertendo-se em instrumento de neutralização dos indivíduos indesejáveis (1997, p. 224). Em função da defesa da coletividade, o direito brasileiro também incorporou o instituto da prisão preventiva, previsto nos arts. 311 a 316 CPP.

Para Lombroso, era necessário afastar permanentemente do convívio social todos aqueles que não pudessem se livrar de seu ímpeto criminoso. O Brasil, em regra, não adota tal conceito. Contudo, se observarmos que a internação em hospitais para tratamento psiquiátrico não limita o tempo de permanência em tais instituições, podemos perceber que determinados indivíduos estão sujeitos a ficar detidos por tempo indeterminado. A maior contribuição do autor, entretanto, foi deslocar o objeto de estudo do direito penal do delito para o delinquente.

As medidas de segurança, presentes nos arts. 96 a 99 CP não foram introduzidas diretamente pela escola positiva, mas são uma consequência do seu desenvolvimento, visando proteger a sociedade contra a periculosidade do agente. Vale ressaltar que a lei é um instrumento de controle social, e que mesmo nos dias

atuais observam-se grupos e classes sociais marginalizados, que sofrem o estigma de serem controlados ou afastados do convívio social.

Na Inglaterra, após o Rei Jorge III ter sido vítima de uma tentativa de homicídio – praticada por um doente mental – criou-se o primeiro manicômio judiciário, em 1890, onde o agente ficou internado por tempo indeterminado.

Na Itália efetivou-se o primeiro sistema completo de medidas de segurança, em 1930, onde se adotou o sistema duplo-binário (que permite a aplicação da pena e da medida de segurança em conjunto) que serviu de modelo ao Código Penal Brasileiro de 1940.

STINGHEL (2014, p. 02-04), pontua um pouco mais acerca da evolução da medida de segurança pelo mundo:

O crescimento populacional e o das cidades influenciaram diretamente no aumento das práticas criminosas. Mas, uma questão relevante deu-se devido ao fato de, em alguns casos, o criminoso ser portador de doença mental e não se sabia como deveria tratar aquele infrator, que apesar de ter praticado um delito, de certo modo, não tinha o discernimento necessário para entender a ilicitude do fato delitivo.

(...)

Nesse contexto, leciona Prado (2011) que a Inglaterra foi um dos primeiros países a determinar o aprisionamento de doentes mentais que praticassem crimes, a partir do Criminal Lunatic Asylum Act[1] (1860), essa foi uma das primeiras legislações que normatizou o tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais.

(...)

Seguindo esse modelo da Inglaterra, Prado (2011) salienta que outros países também fizeram essa experiência para regulamentação do tratamento desses infratores. É o caso da França com o Código Penal Francês de 1810, bem com o Código Italiano de 1889, dentre outros.

(...)

Ocorre que a partir do séc. XIX a eficácia da pena como sanção começou a ser questionada, uma vez que, sua utilização não estava sendo suficiente para coibir atos de reincidência. Por isso, estudiosos do direito repensaram sobre o sistema penal, no intuito de buscar sanções de cunho preventivo capazes de substituir a sanção meramente retributiva - punitiva.

Diante desses fatores, dois posicionamentos surgiram. Ainda segundo Ferrarri (2001), o primeiro posicionamento defendia a tese de que a pena deveria continuar como única modalidade de resposta sancionatória, porém passaria a ter um caráter preventivo, o qual promoveria a redução da criminalidade. Já o segundo posicionamento entendia que a pena deveria permanecer com o cunho retributivo, enquanto deveria ser criada outra espécie de sanção e esta sim deveria ter a natureza preventiva.

Assim, ambas correntes tinham um ponto em comum, qual seja, compreendiam a pena, meramente retributiva, insuficiente para abarcar a defesa e proteção da sociedade. Surge, assim, a ideia da medida de segurança com a roupagem voltada

para regular a crise da pena e promover a defesa efetiva da sociedade. Sua função não era meramente punir os crimes, mas sim prevenir a prática de outras infrações penais e, conseqüentemente, reduzir a criminalidade.

No entanto, tal sistema contrariava o princípio *non bis in idem*, mas essa situação alterou-se com a posterior lei 7.209/1984 (que altera dispositivos do Código Penal Brasileiro de 1940), onde se adotou o sistema vicariante – efetivação de pena ou de medida de segurança – ratificando a periculosidade do agente como pressuposto para aplicação da medida de segurança.

MESQUITA JÚNIOR (2007, p. 08), explica o sistema vicariante:

Sistema vicariante é o de substituição. É um sistema em que haverá pena ou medida de segurança, um substituindo o outro. No CP de 1940 adotávamos o sistema do duplo-binário, pelo qual havia pena e medida de segurança, a serem impostas ao semi-imputável, com a reforma de 1.974 passamos a adotar o sistema vicariante (...)

2.1. A LOUCURA E O DIREITO PENAL BRASILEIRO

A relação entre a sociedade e os considerados ou diagnosticados como “loucos” ainda hoje traz muitas dúvidas, preconceitos e omissões.

A falta de conhecimento e de políticas públicas voltadas efetivamente para trazer os portadores de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto para o convívio social, acaba por promover um isolamento tão maléfico quanto a própria doença.

RODRIGUES e PALMA (2019, p. 07), abordam um pouco mais acerca saúde mental no Brasil:

A história da Saúde Mental no Brasil traz em seu enalço, a história da loucura, esta que relembra os jogos de exclusão social que os doentes mentais eram enquadrados. A teoria de Foucault aborda também a idéia da doença mental ser parte de forças divinas ou demoníacas, não pertencendo o comando de sua vida pela pessoa acometida de transtorno mental. As políticas públicas de saúde voltadas a atenção psicossocial no Brasil, só tem maior respaldo após a inserção do Sistema Único de Saúde (SUS) na sociedade. Os primeiros estabelecimentos específicos para doentes mentais foram criados em modelos distanciados do dito apropriado nos dias de hoje. Foram instituídos locais como hospícios, santas casas de misericórdia e asilos de tratamento aos enfermos. A partir do século XX que surgem os primeiros

psiquiatras, investigando as doenças mentais propriamente ditas, o que levou a certeza de internar pacientes com transtorno mental somente em hospícios, pois assim estariam aos cuidados de um psiquiatra, que era visto como o dono da verdade nestes casos específicos.

É inegável que sempre houve uma disputa de competência entre a medicina e o Direito acerca do tratamento da loucura. Tal disputa tem reflexo direto na forma como o indivíduo que possui doença mental ou desenvolvimento mental incompleto é tratado pelo Direito Penal Brasileiro.

A questão de responsabilidade, observada no Direito Penal, para atribuir culpa ao agente que cometeu fato ilícito e o conceito de semi-imputabilidade, trazida pela psiquiatria, sempre conflitaram no momento de determinar o meio de cumprimento da pena. Se por um lado, a psiquiatria considerava o indivíduo livre de cumprir uma punição penal – por ser incapaz de responder, ainda que temporariamente, por seus atos – por outro lado, o Direito não poderia esquivar-se de aplicar uma medida àquele que praticou ato ilícito – ainda que considerado incapaz de responder por seus atos.

Bem verdade também que os manicômios – por não oferecerem tratamento voltado para a recuperação dos pacientes – não possuíam qualquer característica benéfica para o paciente, já que se tratava tão somente de um meio de isolar aquele indivíduo da sociedade.

A reforma psiquiátrica, trazida pela Lei 10.216/2001, introduziu o conceito de cidadania ao paciente, com interdisciplinaridade nos meios de tratamento, bem como uma visão voltada para a recuperação e reinserção social deste.

O art. 2º, parágrafo único, da lei supramencionada, traz direitos até então não assegurados às pessoas portadoras de transtornos mentais:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

JACOBINA (2004, p. 8), fala bem acerca do conceito intrínseco à reforma psiquiátrica:

Diríamos, para ser sintético, e abordar aquilo que nos interessa, que a reforma psiquiátrica — como hoje é vista no âmbito do direito sanitário, implica ter a noção de cidadania como idéia central na abordagem do paciente em busca da saúde mental, e passa por alguns parâmetros, que poderiam ser enumerados assim: a) abordagem interdisciplinar da saúde mental, sem prevalência de um profissional sobre o outro; b) negativa do caráter terapêutico do internamento; c) respeito pleno da especificidade do paciente, e da natureza plenamente humana da sua psicose; d) discussão do conceito de "cura", não mais como "devolução" ao paciente de uma "sanidade perdida", mas como trabalho permanente de construção de um "sujeito" (eu) ali onde parece existir apenas um "objeto" de intervenção terapêutica (isso); e) a denúncia das estruturas tradicionais como estruturas de repressão e exclusão; f) a não-neutralidade da ciência; g) o reconhecimento da inter-relação estreita entre as estruturas psiquiátricas tradicionais e o aparato jurídico-policial.

Outro ponto bastante importante na aplicação da loucura ao Direito Penal Brasileiro, relaciona-se ao conceito — previsto na Constituição Federal de 1988 — de dignidade da pessoa humana.

Tal conceito liga-se intimamente à ideia de autonomia e raciocínio do indivíduo (compelido por forças externas), sendo difícil aplicar essa mesma ideia àqueles que têm limitações de autonomia e raciocínio por questões internas.

JACOBINA (2004, p. 9), explicita que:

A noção de autonomia também é amplamente discutida entre os autores que tratam da reforma psiquiátrica. Para eles, a questão da autonomia é muito mais quantitativa do que qualitativa — a antítese autonomia-dependência marca a própria vida humana. Somos tão mais autônomos na medida em que conseguimos ampliar o número de coisas/relações de que somos dependentes. Somos tão menos autônomos quanto menor o número dessas coisas/relações de que dependemos. Esse é, inclusive, o sentido moderno do tratamento das disfunções mentais.

(...)

Não se pode negar, portanto, que pensar a questão da insanidade, na sua interface com a cidadania, é, de certa forma, repensar a própria questão dos conceitos de cidadania, dignidade da pessoa humana e pluralismo político. A incapacidade do louco de "cumprir e respeitar o contrato social" tem-no transformado simplesmente em alguém mais além da própria proteção que esse contrato estabelece. Evidencia-se o poder limitado de pressupostos filosóficos que lastreiem a dignidade na razão.

Essa limitação evidencia-se especialmente no tratamento constitucional ao criminoso. "Ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal", diz a Constituição, no seu art. 5º Q, inciso LIV. Mas, garantir o devido processo legal a quem o próprio direito reconhece não entender seus termos não passa de uma ficção. A mesma Constituição estabelece, no mesmo artigo (inciso LVII), que ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado da sentença penal condenatória. Ora, o pressuposto para que alguém seja apenado é que ele seja

considerado culpado por sentença penal condenatória. A pena não deve, ademais, passar da pessoa do condenado (inciso XLV do mesmo artigo), o que estabelece uma dupla garantia: A responsabilidade estritamente subjetiva (lastreada na culpa em sentido lato, quer dizer, no dolo e na culpa em sentido estrito) e a pessoalidade da sanção.

Estabelecer, portanto, a constitucionalidade de um direito penal dirigido ao inimputável, e baseado na periculosidade social (juízo para o futuro) e não na culpabilidade (juízo para o passado) é muito complicado, do ponto de vista da afinação com a Constituição vigente. Submetê-lo a processo penal para aplicar-lhe uma medida de segurança é, em igual medida, complicadíssimo. Onde encontrar a culpa de quem é legalmente irresponsável? Como garantir o devido processo penal a quem não pode sequer entender seus termos? Como garantir a pessoalidade (a pena não deve passar da pessoa do condenado) se o louco deve ser absolvido e depois apenado?

A medida de segurança vem para suprir essas questões acerca do tratamento dado aos inimputáveis ou com desenvolvimento mental incompleto, uma vez que possibilita ao juízo tomar providências acerca do ato tido como criminoso daquele que não é capaz de responder por seus atos.

2.2. A MEDIDA DE SEGURANÇA E O CONTEXTO SOCIOLÓGICO

A inimputabilidade do sujeito submetido à medida de segurança está intimamente ligada ao conceito de loucura, de doença mental e também dos processos sociais relacionados ao tema.

COSTA e TUNDIS (1987, p. 02), asseveram que:

A loucura tem sido uma companheira inseparável do homem ao longo de todo o seu trajeto conhecido pela história. As referências a loucos são encontradas desde o Velho Testamento aos estudos etnográficos das sociedades chamadas primitivas. Não existe cultura que deixe de ser sensível àquilo que escapa a sua norma, definindo incessantemente as fronteiras entre a loucura e a normalidade, voltando seu olhar para a presença dos "loucos" no convívio com as pessoas "normais" e produzindo estratégias para enfrentar os produtos dessa divisão.

A medida de segurança surgiu após a aplicação da pena, uma vez que esta última pode ser registrada desde o início da humanidade.

Para que se possa entender a respeito do surgimento da medida de segurança, faz-se importante mencionar os três períodos do Direito Penal, segundo Lyra (1996):

O Período Primitivo – caracterizado como um Direito Penal costumeiro e ligado à religião, prevalecendo até XVIII com a proclamação dos Direitos dos Homens e do Cidadão. Neste período, a crueldade e o castigo corporal eram os fundamentos da penalidade. Vale destacar que esta fase inspirou Beccaria a escrever sua obra “Dos Delitos e das Penas” em 1764).

O Período Humanitário – liderado por Beccaria, onde é proposto que não haja distinção entre nobres e plebeus, além de os juízes não poderem mais julgar segundo seus conceitos pessoais, mas baseados na lei.

E, por fim, o Período Científico – inspirado no movimento científico do século XIX, no qual a consideração do Direito Penal era imposta à pessoa do homem e não mais em torno do delito e da pena, como era feito nos períodos anteriores (Marchewka, 2001).

Em 1876, Cesare Lombroso – através de seus estudos – criou a figura do criminoso nato, distinguindo este do homem sadio e levando-o ao patamar de um indivíduo que vive num mundo à parte, com propensão ao crime, chegando à ideia da origem biopsíquica criminal.

Assim, seguindo o estudo de Cesare Lombroso, chega-se à ideia da comparação desse sujeito com o doente mental, sem responsabilidade por seus atos. O crime passou, então, a ser uma questão também médica e não apenas moral.

Seguindo tal pensamento, Carrara (1971), explicita que os positivistas não viam o criminoso como alguém que age apenas segundo suas vontades, como era imposto pelos clássicos. Caberia, então, à ciência descobrir o que levava o sujeito a delinquir, tendo o Direito como estudo os agentes e não seus crimes.

Obviamente, tal estudo médico sobre a criminologia trouxe impactos entre medicina e Direito, conforme acrescenta AUGUSTO e ORTEGA (2011, p. 13):

No Brasil, assim, também presenciamos a proximidade entre a Medicina e o Poder Judiciário, onde médicos reclamam o posto de peritos, cientistas imparciais não subordinados ao chefe de polícia e não desacreditados em sua isenção e competência. Na visão médica, o homem do direito era como um “assessor que colocaria sob a forma da lei o que o perito médico já diagnosticara e com o tempo trataria de sanar” (Schwarcz, 2008). Na visão jurídica, a questão se inverte, pois o homem da medicina era como “um técnico que auxiliaria no bom desempenho desses profissionais das leis” (Schwarcz, 2008).

Essa disputa torna-se bastante evidente na aplicação da medida de segurança, bem como na desinternação do paciente. A manutenção do tratamento fica adstrita ao laudo médico, mas também fica a cargo do juízo do caso determinar sua realização e acatar seu resultado.

A legislação brasileira, conforme expõe (Marchewka, 2001), passou a impor dois tipos de sanções ao crime: a pena (já praticada há séculos, com caráter punitivo pelo crime cometido) e a medida de segurança (visando ao tratamento psicológico do agente que não possui discernimento acerca do ato criminoso cometido).

O Código Penal Norueguês, em 1902, foi o primeiro a aplicar a medida de segurança, seguido por outros países como Argentina, Itália e, por fim, pelo Brasil, em 1940.

Importante destacar que a pena criminal não foi abolida dos Códigos Penais aqui mencionados, mas apenas adicionada a medida de segurança para os inimputáveis ou semi-imputáveis, uma vez que o caráter terapêutico e aplicação aos que apresentam perigo social são questões essenciais para a aplicação desta.

Conforme já aqui exposto, seguindo o que preconiza o art. 97 do Código Penal Brasileiro (1940), o juízo ao determinar que o agente era inimputável quando da prática criminosa, absolve o sujeito e aplica a medida de segurança que, por sua vez, possui tempo mínimo de duração, mas não tempo máximo, já que a cessação da medida de segurança depende de laudo médico que ateste a não periculosidade do paciente.

Veja, na íntegra o que diz o art. 97, do Código Penal Brasileiro:

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Prazo

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

Perícia médica

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

Desinternação ou liberação condicional

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Tal situação cria uma discrepância entre aqueles que estão sob pena restritiva de liberdade – pois possuem tempo determinado de pena, bem como de diminuição e progressão de regime – e aqueles que estão submetidos à medida de segurança, já que não há no Código Penal Brasileiro (1940) tempo máximo para internação (para os crimes puníveis com reclusão) em hospital de custódia ou tratamento ambulatorial (para crimes puníveis com detenção).

Um bom convívio familiar, sabidamente, influencia diretamente em todas as áreas da vida de um indivíduo. O apoio e direcionamento daqueles que possuem maior conhecimento – e participam intimamente – acerca das características emocionais, profissionais e sociais de alguém, contribui para que os objetivos sejam alcançados com mais confiança, com menos sobressaltos.

Na vida e tratamento dos portadores de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto não é diferente. A proximidade de familiares contribui sobremaneira para a continuidade do tratamento de saúde, bem como para a inserção dos pacientes ao convívio social. Inegável também é o impacto que a doença mental traz para familiares, que também necessitam de apoio e acompanhamento multidisciplinar.

RODRIGUES e PALMA (2019, p. 09), trazem melhor consideração sobre o assunto:

A família é um aporte para todas as pessoas, e com os doentes mentais não seria de modo diferente. Os cuidadores das pessoas acometidas por transtornos mentais são pessoas que também necessitam de atendimento especializado, pois se os próprios

doentes têm um sofrimento psíquico acoplado, deve-se levar em consideração as pessoas que convivem com eles e que percebem todos os sintomas e situações de risco que acontecem. Além disso, deve-se levar em consideração que as causas originárias das doenças mentais, não negam o envolvimento de fatores externos como os citados acima, e isto envolve essencialmente a família e os cuidadores que podem ter percebido o fator estressor que associa o início da doença.

(...)

Quando se envolve doença tanto mental quanto física, os familiares ou cuidadores também fazem parte do processo de sofrimento e conseqüentemente tratamento. Segundo Teixeira (2005) quando um dos membros da família adoece, todos os membros dela também são afetados. Há uma alteração nas suas atividades sociais normais, suas tarefas precisam ser desenvolvidas por outras pessoas, pois ele necessita se dedicar e cuidar do doente. Ele também cita Satir ao dizer que a família representa para seus membros uma fonte de afeição e intimidade. Os indivíduos quando apresentam quadros de ansiedade e estresse, recorrem novamente às suas famílias, procurando reassegurar sua condição de seres amados e com valor. Esta pressão, no sentido de conceder aos indivíduos segurança e atenção especial, impõe sobre a família uma carga psíquica extra.

Infelizmente, essa não é a realidade de grande parte dos pacientes que se encontram em tratamento nos Centros Psiquiátricos espalhados pelo Brasil. A desestruturação familiar é muito presente, muitas vezes, desde a infância desses sujeitos e, após a ida para o Centro Psiquiátrico, o cenário apenas piora.

O abandono e o esquecimento familiar contribuem ainda mais para o agravamento de um quadro de saúde mental e, outras vezes física, que se deteriora conforme os anos de internação avançam.

Os documentários, de origem brasileira, *A Casa dos Mortos* (2009) e *Crônicas (Des)Medidas* (2014) relatam com bastante clareza como se dá desde a desestruturação familiar até o abandono vivido pelos pacientes, o que, inclusive, dificulta a saída desses do Centro Psiquiátrico, uma vez que simplesmente não possuem ninguém que possa responsabilizar-se por eles.

A Casa dos Mortos, documentário filmado no Hospital de Custódia de Salvador/BA, retrata o cotidiano, abandono, mortes e esperanças dos pacientes submetidos à medida de segurança, sob a narrativa de um dos internos – Bubu. O documentário levanta questões acerca da saúde mental, políticas públicas de saúde, justiça e direitos humanos.

Embora seja um documentário que se passa em Salvador/BA, o documentário assemelha-se e muito das demais Casas de Custódia espalhadas por todo o Brasil, onde os pacientes são silenciados e submetidos a um enclausuramento cruel e sem perspectiva de fim.

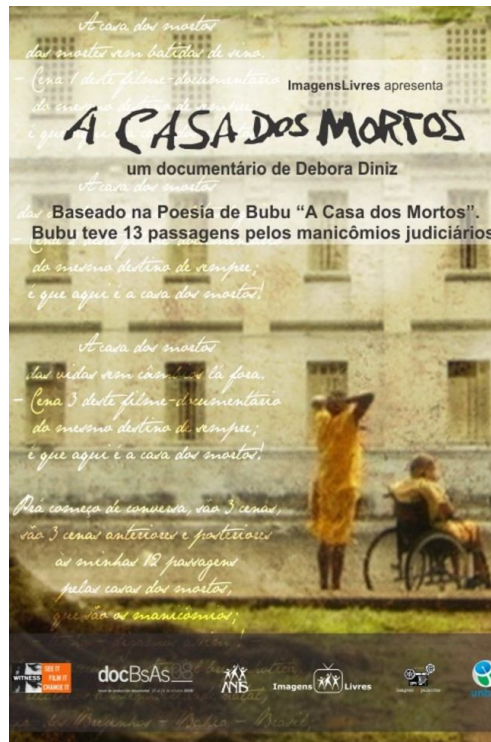


Foto 01: A Casa dos Mortos

Fonte: Vídeo Camp



Foto 02: Cena de A Casa dos Mortos

Fonte: Mais Uma Opinião

Em Crônicas (Des)Medidas, conta-se a história de pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento do Pará, evidenciando o estigma acerca da loucura e o conflito com a lei.

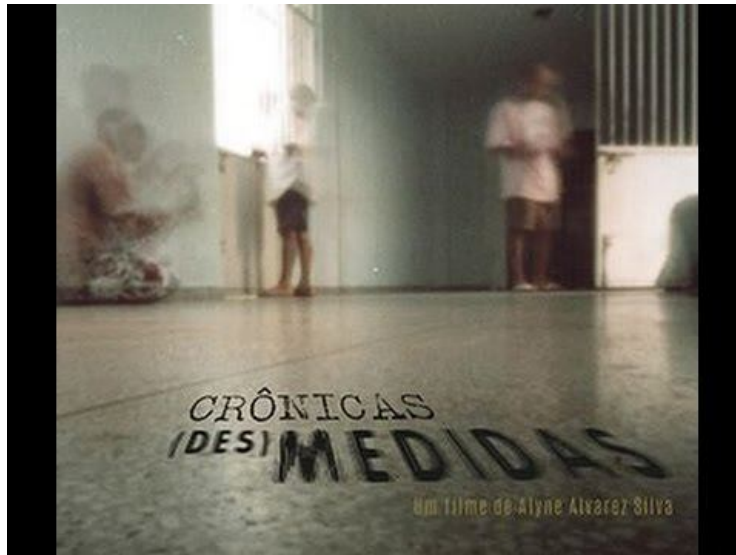


Foto 03: Crônicas (Des)Medidas
Fonte: Youtube



Foto 04: Cena de Crônicas (Des)Medidas
Fonte: Youtube

Como o tratamento psiquiátrico, assim como o tratamento psicológico, requer uma participação importante da família para que haja uma plena recuperação ou mesmo a estabilização da doença mental daquele que se submete ao tratamento, quando não se tem a presença familiar, torna-se ainda mais difícil, ou até mesmo, impossível uma evolução positiva do quadro e conseqüente recuperação do agente.

Não seria nem um pouco exagerado afirmar que, assim como os reeducandos do sistema prisional brasileiro, os agentes em tratamento nos Centros Psiquiátricos também são ignorados por grandiosa parte da sociedade.

De forma ainda mais estigmatizada – pois o agente não possui apenas o “fardo” de ter cometido algo que a sociedade recrimina, mas também por possuir uma condição mental que ainda é um verdadeiro tabu (tudo que se afasta do comportamento considerado normal resume-se a loucura num mundo onde todos devem parecer perfeitos).

Essas pessoas não são aceitas, não são vistas como dignas de cuidados e tratamento adequados, não recebem apoio e não recebem, muitas vezes, sequer o mínimo para que se considerem um ser humano. O abandono e a invisibilidade a que são submetidos faz com que o período de internamento perpetue-se por anos, décadas, uma vida inteira, sem nenhum tipo de acolhimento ou esperança de voltar ao convívio social.

2.3. O ENTENDIMENTO DO STF SOBRE A MEDIDA DE SEGURANÇA

Segue, na íntegra, o Informativo 369 do Tribunal Superior Federal (STF), onde consta decisão proferida em face do HC 84219/SP, acerca da medida de segurança e sua limitação temporal, extraído do sítio do Superior Tribunal Federal (2004):

Medida de Segurança e Limitação Temporal

A Turma iniciou julgamento de habeas corpus em que se pretende a extinção de medida de segurança aplicada à paciente, diagnosticada como doente mental pela prática do delito de homicídio, cujo cumprimento, em hospital de custódia e tratamento, já ultrapassara trinta anos. A impetração é contra decisão do STJ que indeferira a mesma medida, sob o fundamento de que a lei penal não prevê limite temporal máximo para o cumprimento da medida de segurança, somente condicionada à cessação da periculosidade do agente. Sustenta-se, na espécie, com base no disposto nos artigos 75 do CP e 183 da LEP, estar a medida de segurança limitada à duração da pena imposta ao réu, e que, mesmo persistindo a doença mental e havendo necessidade de tratamento, após a declaração da extinção da punibilidade, este deve ocorrer em hospital psiquiátrico, cessada a custódia. O Min. Marco Aurélio, relator, deferiu o writ para que se implemente a remoção da paciente para hospital psiquiátrico da rede pública, no que foi acompanhado pelos Ministros Cezar Peluso, Carlos Britto e Eros Grau. Considerou que a garantia constitucional que afasta a possibilidade de ter-se prisão perpétua se aplica à custódia implementada sob o ângulo de medida de segurança, tendo em conta, ainda, o limite máximo do tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade a que alude o art. 75 do CP, e o que estabelece o art. 183 da LEP, que delimita o período da

medida de segurança ao prever que esta ocorre em substituição da pena, não podendo, dessa forma, ser mais gravosa do que a própria pena. Com base nisso, concluiu que, embora o §1º do art. 97 do CP disponha ser indeterminado o prazo da imposição de medida de segurança, a interpretação a ser dada a esse preceito deve ser teleológica, sistemática, de modo a não conflitar com as mencionadas previsões legal e constitucional que vedam a possibilidade de prisão perpétua. Após, pediu vista dos autos o Ministro Sepúlveda Pertence. (CP: "Art. 75. O tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a trinta anos. ... Art. 97. ... §1º A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos."; LEP: "Art. 183. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança."). HC 84219/SP, rel. Min. Marco Aurélio, 9.11.2004. (HC-84219)

Como se pode extrair do informativo acima, o STF afirma que o tempo imposto para a medida de segurança não pode ser superior ao período da pena – caso o agente se enquadre neste critério – sob pena de ferir o que preceitua a própria Constituição Federal (1988), onde consta que não haverá pena de caráter perpétuo. Sendo assim, cumprido o período máximo da pena, caso a periculosidade do sujeito não tenha cessado, este deverá ser encaminhado para tratamento ambulatorial em hospital psiquiátrico público.

A Súmula 525 do STF expõe que “A medida de segurança não será aplicada em segunda instância, quando só o réu tenha recorrido”. Tal entendimento aplica-se para evitar o *reformatio in pejus*, ou seja, princípio que proíbe a reforma da decisão judicial para pior. Abaixo, há duas jurisprudências que corroboram com o princípio acima:

Aplicabilidade da Súmula 525 limitada à vedação da *reformatio in pejus* quanto a medida de segurança

(...) I. - Se o juiz tiver dúvida razoável sobre a integridade mental do acusado, poderá, de ofício, submetê-lo a exame médico-legal. CPP, art. 149. II. - Não constitui *reformatio in pejus* o fato de o juiz substituir a pena privativa de liberdade por medida de segurança, com base em laudo psiquiátrico que considerou o acusado semi-imputável. CP, art. 98. III. - Como a lei não estabelece o momento processual para a realização do exame médico legal de que trata o art. 149 do CPP, deverá ele ser realizado com o surgimento de dúvida razoável sobre a integridade mental do acusado. Precedente do STF. IV. - Com a reforma penal de 1984, a medida de segurança passou a ser aplicada apenas aos inimputáveis e aos semi-imputáveis (CP, arts. 97 e 98). A Súmula 525-STF, editada antes da reforma penal, subsiste apenas para vedar a *reformatio in pejus* no caso específico da medida de segurança. Precedente do STF. V. - HC indeferido. [HC 75.238, rel. min. Carlos Velloso, 2ª T, j. 23-9-1997, *DJ* de 7-11-1997.]

Atualmente, a medida de segurança não é aplicável aos imputáveis, estando reservada aos inimputáveis, art. 97 do CP, e aos semi-imputáveis, art. 98 do CP, mas, neste caso, em substituição à pena privativa de liberdade reduzida, art.

26, par. único, do CP. Desta forma, a Súmula 525 subsiste, apenas, no seu princípio subjacente, de vedar a *reformatio in pejus* no caso específico da medida de segurança. É possível, em casos especiais como o presente, que o Tribunal, ao julgar apelação exclusiva do réu substitua a pena privativa de liberdade aplicável ao semi-imputável por medida de segurança, no interesse do próprio paciente, mas de forma que o período mínimo de internação não exceda ao que foi fixado na sentença para a pena privativa de liberdade. [HC 69.568, rel. min. Paulo Brossard, 2ª T, j. 27-10-1992, DJ de 27-11-1992.]

Porém, o STF adota ainda outro entendimento, defendendo a aplicação do art. 75 do Código Penal Brasileiro (1940), estabelecendo numa analogia ao imputável, o tempo máximo de 30 (trinta) anos – tempo imposto antes da Lei 13.964/2019 que agora expressa como tempo máximo de 40 (quarenta) anos para as penas privativas de liberdade - sem distinção ao crime praticado pelo inimputável ou semi-imputável.

Tal situação gera muita insegurança jurídica, não permitindo inimputável ou semi-imputável que saibam os limites da sanção que será cumprida. Isso fere o princípio da dignidade da pessoa humana, ao suprimir a expectativa do agente de retornar ao convívio social, do qual foi afastado para ser tratado (DIAS, 2019).

O Superior Tribunal de Justiça (STJ), em 2015, explicitou seu entendimento acerca do tempo máximo de duração da medida segurança, através da Súmula nº 527, onde estabelece que “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado” (DIAS, 2019).

Sendo assim, o inimputável ou semi-imputável é absolvido impropriamente (quando o juízo absolve o réu, impondo a medida de segurança em razão de sua inimputabilidade), com fundamento no artigo 26 do Código Penal Brasileiro, não lhe sendo aplicada pena privativa de liberdade, mas a medida de segurança, visando à retirada do deste da sociedade e a sua ressocialização, como forma de punição imposta pelo Estado decorrente da prática delituosa.

O que se evidencia é que a aplicação da pena possui seu tempo de duração previsto na sentença condenatória, já a medida de segurança depende da cessação da periculosidade do indivíduo, mediante perícia médica.

Importante também destacar que – apesar da edição da Súmula 527 do STJ – muitos juristas e magistrados continuam aceitando a perpetuidade da medida de segurança, mantendo a internação enquanto não houver laudo positivo que indique a cessação da periculosidade do internado.

A fim de elucidar o entendimento adotado tanto pelo STF e pelo STJ acerca da medida de segurança, serão expostas a seguir algumas jurisprudências sobre o tema.

Aplicando os princípios da isonomia e da proporcionalidade, o STF firmou o seguinte entendimento (VILLAR, 2016):

(...) A prescrição da medida de segurança deve ser calculada pelo máximo da pena cominada ao delito cometido pelo agente, ocorrendo o marco interruptivo do prazo pelo início do cumprimento daquela, sendo certo que deve perdurar enquanto não haja cessado a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de 30 (trinta) anos, conforme a jurisprudência pacificada do STF. (...) STF - RHC n.º 100383 AP-AMAPÁ, Rel. Min. LUIZ FUX, 1ª Turma, DJe 4/11/2011.

O STF também tem se mostrado contrário às penas de caráter perpétuo (QUEIROGA, 2018):

PENAL. RECURSO ORDINÁRIO EM HABEAS CORPUS. MEDIDA DE SEGURANÇA. CUMPRIMENTO DA MEDIDA EM PRAZO SUPERIOR AO DA PENA MÁXIMA COMINADA AO DELITO. PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA. INÍCIO DO CUMPRIMENTO. MARCO INTERRUPTIVO. PERICULOSIDADE DO AGENTE. CONTINUIDADE. PRAZO MÁXIMO DA MEDIDA. 30 (TRINTA) ANOS. PRECEDENTES DO STF. DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA. ART. 5º DA LEI 10.216/2001. APLICABILIDADE. ALTA PROGRESSIVA DA MEDIDA DE SEGURANÇA. PRAZO DE 6 (SEIS) MESES. RECURSO PROVIDO EM PARTE. 1. A prescrição da medida de segurança deve ser calculada pelo máximo da pena cominada ao delito cometido pelo agente, ocorrendo o marco interruptivo do prazo pelo início do cumprimento daquela, sendo certo que deve perdurar enquanto não haja cessado a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de 30 (trinta) anos, conforme a jurisprudência pacificada do STF. (...) 3. A desinternação progressiva é medida que se impõe, provendo-se em parte o recurso para o restabelecimento da decisão de primeiro grau, que aplicou o art. 5º da Lei 10.216/2001, determinando-se ao Instituto Psiquiátrico Forense que apresente plano de desligamento, em 60 (sessenta) dias, para que as autoridades competentes procedam à “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” fora do âmbito do IPF. (STF. HABEAS CORPUS N.100.383. RELATOR: FUX, LUIS. PUBLICADO NO DJE DE 04-11-2011).

O STJ também firmou entendimento acerca da medida de segurança, levando em conta sua Súmula 527 (VILLAR, 2016):

(...) 4. O delito do art. 129, caput do Código Penal prevê uma pena de 3 (três) meses a 1 (um) ano de detenção. Isso significa que a medida de segurança não poderia, portanto, ter duração superior a 4 (quatro) anos, segundo art. 109, V, do CP. Em outras palavras, tendo o paciente sido internado no Instituto

Psiquiátrico Forense em 30/10/1992, não deveria o paciente lá permanecer após 30/10/1996. 5. Ordem concedida a fim de declarar extinta a medida de segurança aplicada em desfavor do paciente, em razão do seu integral cumprimento. (STJ – HC 143315 RS, Rel. Min. OG FERNANDES, 6ª TURMA, DJe 23/08/2010)

A Ministra Thereza de Assis Moura, do STJ, também se manifestou acerca do tempo da medida de segurança, imposto ao agente, levando em conta os princípios da isonomia e da proporcionalidade (VILLAR, 2016):

A meu sentir, fere o princípio da isonomia o fato da lei fixar o período máximo de cumprimento de pena para o imputável, pela prática de um crime, e determinar que o inimputável cumprirá medida de segurança por prazo indeterminado, condicionando o seu término à cessação da periculosidade. Em razão da incerteza da duração máxima da medida de segurança, está-se claramente tratando de forma mais severa o infrator inimputável quando comparado ao imputável, para o qual a lei limita o poder de atuação do Estado.

Há aqui que se invocar, ainda, o princípio da proporcionalidade, na sua faceta da proibição de excesso. Sobre tal princípio Eduardo Reale Ferrari assevera:

Esse princípio constitui-se em uma limitação legal às arbitrariedades do Poder Legislativo e do Poder Judiciário, impedindo, de um lado, a fixação de sanções abstratas, desproporcionadas à gravidade do delito, e, de outro, a imposição judicial de sanções desajustadas à gravidade do delito ultimado. O princípio da proporcionalidade refuta a enunciação de cominações legais (proporcionalidade em abstrato) e a imposição de penas (proporcionalidade em concreto) que não levem em conta o valor do fato cometido, precisando uma obrigatória relação com o bem jurídico. Possui como consequência um duplo destinatário: a) o Poder Legislativo, obrigando a cominar sanções proporcionadas, em abstrato, à gravidade do delito; b) o Poder Judiciário, exigindo fixar sanções proporcionadas à concreta gravidade do delito. (Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito. São Paulo: Editora RT, 2001, p. 100/101.)

Feitas tais considerações, mostra-se patente a necessidade de que seja fixado um prazo máximo de duração da medida de segurança, que, no meu entendimento, não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. (...)

Logo, como se pode verificar nas jurisprudências acima, os Tribunais têm entendido que se deve fixar um limite máximo para a duração da medida de segurança, a fim de que esta não adquira caráter perpétuo.

3. MEDIDA DE SEGURANÇA EM ALAGOAS

Os métodos utilizados na construção da pesquisa aqui proposta compreenderam análises jurídico-dogmáticas, a partir da legislação vigente e do entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF) que culminou na Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça (STJ).

Além de envolver uma reflexão em questões constitucionais e penais, o tema contempla importantes aspectos sociológicos, já que aborda não apenas a aplicação do entendimento do STF no tempo de internação do paciente, mas também sua reinserção na vida em sociedade.

A parte teórica da pesquisa amparou-se na doutrina, por meio de pesquisa bibliográfica baseada em estudos sistematizados em materiais publicados (livros, revistas, artigos, teses), bem como análise documental, consistente em estudo da legislação e jurisprudência sobre o tema.

A parte empírica da pesquisa baseou-se em pesquisa de campo - com a utilização de questionários - em dois estabelecimentos: o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy e o Hospital Escola Portugal Ramalho.

Os sujeitos do presente trabalho são os egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, bem como aqueles que se encontram em tratamento no Hospital Escola Portugal Ramalho. O contato não se deu diretamente com os sujeitos da pesquisa, mas os dados foram colhidos através dos diretores de cada instituição supramencionada.

Após a pesquisa bibliográfica, foram aplicados 02 (dois) questionários (01 (um) no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy e 01 (um) no Hospital Escola Portugal Ramalho), com os diretores dos estabelecimentos em questão, a fim de avaliar os pontos pesquisados, quais sejam: a situação dos egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy; se o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy está cumprindo a decisão do STF, bem como a Súmula do STJ sobre a desinternação de pacientes de hospitais de custódia; se o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy possui política de preparo dos agentes para a vida após a desinternação; a condição de vida dos egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, tanto daqueles que seguiram para “casa” quanto daqueles que foram encaminhados para o Hospital Escola Portugal Ramalho.

3.1. O CENTRO PSIQUIÁTRICO JUDICIÁRIO PEDRO MARINHO SURUAGY

Segundo informações no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Ressocialização e Inclusão Social de Alagoas (SERIS), o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy foi inaugurado em maio de 1978, possuindo enfermarias, consultórios médico e odontológico, salas de aula e de terapia ocupacional, além de auditório e uma horta.



Foto 05: Prédio do CPJ Pedro Marinho Suruagy
Fonte: Alagoas 24 Horas

A unidade – que faz parte dos 26 (vinte e seis) estabelecimentos destinados ao tratamento de agentes inimputáveis distribuídos pelo Brasil – conta com 10 (dez) alas, sendo 01 (uma) voltada para agentes do sexo feminino.

Profissionais de diversas áreas médicas (como psiquiatria, clínico geral, enfermeiros e técnicos em enfermagem), assistentes sociais, psicólogos e policiais penais compõem o quadro de servidores do Centro Psiquiátrico Judiciário de Alagoas.



Foto 06: Equipe CPJ Pedro Marinho Suruagy
Fonte: SERIS

Em 2019, o Centro Psiquiátrico passou por uma grande reforma – a fim de se adequar à Lei 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial) – ampliando em 16 (dezesesseis) o número de vagas, utilizadas para o período de triagem.



Foto 07: Reforma do CPJ Pedro Marinho Suruagy
Fonte: Alagoas 24 Horas



Foto 08: Ampliação do CPJ Pedro Marinho Suruagy
Fonte: Alagoas 24 Horas



Foto 09: Reabertura do CPJ Pedro Marinho Suruagy
Fonte: Alagoas 24 Horas

Vale destacar que a Lei da Reforma Psiquiátrica trouxe um novo conceito de tratamento aos portadores de transtornos mentais, baseado na reinserção, multidisciplinaridade e participação social em todo o processo de tratamento.

DA SILVA (2010, p. 02-03), explica bem o conceito e a aplicação desta Lei:

A Lei nº 10.216/2001 (Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica) veio contemplar o modelo humanizador historicamente defendido pelos militantes do movimento conhecido como Luta Antimanicomial, tendo como diretriz a reformulação do modelo de atenção à saúde mental, transferindo o foco do tratamento que se concentrava na instituição hospitalar para uma rede de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos.

Esse novo modelo assistencial em saúde mental alcança a hipótese de internação determinada pela Justiça, caso em que é chamada de internação compulsória pela Lei 10.216 (art. 6º, parágrafo único, III), conhecida no meio jurídico como uma das modalidades das medidas de segurança.

Impõe-se agora uma nova interpretação das regras relativas às medidas de segurança, tanto no Código Penal quanto na Lei de Execução Penal, parcialmente derogadas que foram pela Lei da Reforma Psiquiátrica. Ao submeter o agente inimputável ou semi-imputável à medida de segurança, deve o juiz dar preferência ao tratamento ambulatorial, somente determinando a internação "quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes" (art. 4º, caput). De tal sorte, mesmo que o fato seja punível com reclusão, deve o juiz preferir o tratamento ambulatorial, diversamente do que prevê o art. 97 do CP.

Entretanto, havendo indicação para a internação, esta deve obedecer aos estritos limites definidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, sendo obrigatoriamente precedida de "laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos" (art. 6º, caput), vedada a internação, mesmo como medida de segurança, sem a recomendação médica de sua real necessidade. A figura da periculosidade, como se percebe, perde força enquanto fundamento para a fixação da medida imposta.

Diferentemente da pena imposta ao indivíduo imputável, a medida de segurança não tem natureza retributiva e visa exclusivamente ao tratamento deste, e não à expiação de castigo. Tal objetivo é agora reforçado pela Lei da Reforma Psiquiátrica que, dentre outras regras, estabelece que "o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio" (Art. 4º, § 1º), sendo expressamente vedada a internação em instituições com características asilares e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º da mesma Lei (art. 4º, § 3º).

A partir disso, tem-se uma melhor interação entre o tratamento psiquiátrico àqueles que possuem doença mental ou desenvolvimento mental incompleto e o sistema penal brasileiro, como argumenta JACOBINA (2004, p. 12):

Os princípios do SUS, suas diretrizes e os princípios específicos previstos na lei de reforma psiquiátrica aplicam-se, integral e imediatamente, aos manicômios judiciários onde estão internados os loucos que cometeram fatos descritos na lei penal, bem como à relação entre o mundo jurídico e eles próprios. Esse assunto foi tratado, numa primeira abordagem, no Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, promoção conjunta do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, área técnica de Saúde Mental, ocorrido em setembro de 2002.

A outra questão essencial, que decorre da promulgação dessa lei, é a derrogação da lei de execuções penais, no que respeita às medidas de segurança, já que, como foi dito, seu teor aplica-se aos pacientes que cometeram ou não fato descrito como crime na lei penal. Assim, normas como a do seu art. 59, que determina que o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de

suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário, deve ser de pronto aplicada para os atuais internos de manicômios judiciais.

O conceito, trazido pela Lei da Reforma Psiquiátrica é aplicado no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, onde profissionais de diversas áreas, bem como os familiares dos pacientes, participam do tratamento terapêutico destes.

Durante o período de permanência na unidade, a família do paciente – quando essa é localizada – é acompanhada por uma equipe multidisciplinar, composta por enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, através do projeto “Integração dos Familiares e Pacientes com Equipe Técnica do Centro Psiquiátrico Judiciário”. Tal projeto visa a fortalecer os vínculos familiares, bem como conscientizar acerca da continuidade do tratamento do paciente após a desinternação.



Foto 10: Atividade do CPJ Pedro Marinho Suruagy
Fonte: Alagoas 24 Horas



Foto 11: Carnaval no CPJ Pedro Marinho Suruagy
Fonte: Alagoas 24 Horas

Conforme demonstrou a pesquisa, atualmente, há 88 (oitenta e oito) pacientes internados no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy.

Desses pacientes, 81 (oitenta e um) são do sexo masculino e 07 (sete) são do sexo feminino.

Além dos pacientes internados, há mais 12 (doze) que recebem tratamento ambulatorial periódico na unidade.



Foto 12: Ala do CPJ Pedro Marinho Suruagy
Fonte: Alagoas 24 Horas

Vale destacar que não há, no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, alas específicas para pacientes LBTQI+, sendo a triagem feita apenas por gênero.

A desinternação ocorre de acordo com decisão judicial, podendo ser via Carta de Desinternação ou Alvará de Soltura.

Salienta-se que embora haja a determinação do STF para que não sejam mantidos pacientes com tempo de internação superior a 30 (trinta) anos, bem como para que não ultrapassem o tempo limite de pena – caso não fossem inimputáveis e tivessem sentença condenatória –, segundo o Centro Psiquiátrico, tal medida fica sujeita à decisão do juízo de cada caso.



Foto 13: Pacientes aguardam laudo no CPJ Pedro Marinho Suruagy
Fonte: Gazeta Web

Cabe ponderar que a unidade não disponibilizou informações acerca de pacientes que teriam ultrapassado o tempo limite de 30 (trinta) anos de internação imposta pelo STF.

O setor de assistência social é responsável por localizar, manter contato e aproximar os familiares dos pacientes do Centro Psiquiátrico. No entanto, essa tarefa mostra-se bastante difícil – em alguns casos – por conta da total perda de vínculo familiar.

Aqui em Alagoas, não há uma política para ressocialização do paciente que deixa o Centro Psiquiátrico Judiciário. A única orientação dada aos familiares que ficarão responsáveis pelo paciente é que procurem o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) mais próximo de sua residência para que o tratamento ambulatorial continue, já que muitos residem no interior do Estado e não têm como se dirigir até o próprio Centro Psiquiátrico.



Foto 14: Interação no CPJ Pedro Marinho Suruagy
Fonte: SERIS

Segundo a pesquisa demonstrou, quando o paciente ultrapassa o tempo limite de internação, mas não se encontra apto a receber alta médica e também não possui nenhum familiar que se torne responsável por ele, este deve é encaminhado ao Hospital Escola Portugal Ramalho, a fim de dar continuidade ao tratamento – em regime de internação. Em Alagoas, atualmente, não há nenhum paciente nessa situação.

3.2. O HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO

Como o único hospital psiquiátrico público em Alagoas (informação coletada no sítio eletrônico da instituição), o Hospital Escola Portugal Ramalho foi inaugurado em 1956 e faz parte do Grupo de Trabalho de Humanização, do Ministério da Saúde, que visa a repensar a conduta de profissionais, pacientes e familiares do hospital.



Foto 15: Antiga fachada do Hospital Escola Portugal Ramalho
Fonte: História de Alagoas



Foto 16: Prédio atual do Hospital Escola Portugal Ramalho
Fonte: Alagoas 24 Horas

Com assistência médica e psicossocial, a unidade é pioneira na modernização do tratamento psiquiátrico, sendo validada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ligado à Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas, o hospital conta com o auxílio de estudantes de diversas áreas da saúde, tais como medicina, enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, farmácia, nutrição, além de serviço social.



Foto 17: Equipe do Hospital Escola Portugal Ramalho
Fonte: UNCISAL

Cabe ao Hospital Escola Portugal Ramalho receber os pacientes que já cumpriram o tempo máximo de internação no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy e que não possuem nenhum familiar que seja responsável por ele.

O acolhimento dos egressos dá-se por meio da internação destes, já que o tratamento ambulatorial fica a cargo do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy. Profissionais ligados à assistência social iniciam, então, uma busca para encontrar os familiares de tais pacientes para que eles possam retornar para suas casas e para o convívio em sociedade.



Foto 18: Atendimento no Hospital Escola Portugal Ramalho
Fonte: UNCISAL

Embora haja um projeto em curso para apoiar o paciente e seus familiares, no período de internação, não existe medida similar para os egressos da unidade, conforme mencionado anteriormente. O que ocorre, em alguns casos, é o acompanhamento psiquiátrico – pelo período de 01 (um) ano – àqueles pacientes que receberam ordem judicial para específica para tal.



Foto 19: Atividade no Hospital Escola Portugal Ramalho
Fonte: Alagoas 24 Horas



Foto 20: Atividade do Hospital Escola Portugal Ramalho
Fonte: Alagoas 24 Horas

Cabe frisar que houve 01 (um) caso – no Hospital Escola Portugal Ramalho – em que uma paciente veio a falecer na unidade após longo período de internação. Tal fato ocorreu após nenhum familiar ter sido localizado para que houvesse sua saída do hospital. O relato demonstra a crueldade imposta a vários pacientes oriundos do Centro Psiquiátrico Judiciário

Pedro Marinho Suruagy, onde o abandono contribui significativamente para a perpetuação da pena e para a ineficácia do tratamento.

Ainda que muitos cumpram o tempo de internação, por não possuírem nenhum vínculo familiar, ficam submetidos a uma internação compulsória somente cessada pela morte.

4. CONCLUSÃO

O intuito do presente trabalho foi verificar a aplicabilidade ou não da decisão do Supremo Tribunal Federal – que versa sobre o tempo máximo de internação para pacientes que se encontram nos Hospitais de Custódia, a fim de evitar uma prática recorrente no Brasil que é a permanência por tempo indeterminado, muitas vezes perpétua daqueles que deveriam permanecer nesses estabelecimentos apenas pelo tempo necessário para seu tratamento e reinserção social, uma vez que – por serem considerados inimputáveis – não são submetidos ao cumprimento de pena pelo cometimento de crime, conforme preconiza o Código Penal Brasileiro de 1940.

Tendo como ponto de partida o Habeas Corpus 84.219-4 – São Paulo, que ensejou a primeira decisão do Supremo Tribunal Federal acerca da desinternação nos Hospitais de Custódia, e com foco no Estado de Alagoas, mais precisamente no único Centro Psiquiátrico Judiciário do Estado – o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy – foi possível obter informações para se ter um panorama da situação alagoana no tocante aos egressos da instituição.

É bem verdade que a falta de laços familiares dificulta muito o progresso do tratamento, bem como a reinserção dos pacientes ao convívio social, já que, por serem inimputáveis, necessitam de um responsável para zelar pela continuidade do tratamento, bem como por seus atos, ao saírem do Hospital de Custódia.

Não havendo nenhum familiar responsável, após o fim do período de internação, os egressos são encaminhados para o Hospital Escola Portugal Ramalho – único hospital psiquiátrico público do Estado de Alagoas – onde continuarão o tratamento, em regime de internação, até que algum parente responsável seja localizado.

Infelizmente, essa não é uma tarefa fácil, segundo a pesquisa apontou, uma vez que o Setor de Assistência Social – tanto do Hospital de Custódia quanto do Hospital Portugal Ramalho – nem sempre logram sucesso em encontrar as famílias dos pacientes ou, quando encontram, já não há nenhum vínculo afetivo existente.

A decisão do Supremo Tribunal Federal, onde se explicita que a internação do paciente não deve ultrapassar o tempo limite 30 (anos) e do Superior Tribunal de Justiça, que limita o tempo internação ao tempo do fato típico cometido, caso este se submetesse ao

cumprimento de pena, pouco impacto trouxe para o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, já que – conforme constatado no presente estudo – as internações e liberações dependem exclusivamente da decisão do juízo de cada caso e não foram passadas informações acerca da existência ou não de pacientes internados que extrapolam tal limite de tempo.

Também não foram repassadas informações, pelo Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy acerca da periodicidade dos exames médicos realizados nos pacientes da unidade.

No Hospital Escola Portugal Ramalho, atualmente, não há nenhum egresso do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, já no Hospital de Custódia, há 88 (oitenta e oito) pacientes internados e mais 12 (doze) recebendo tratamento ambulatorial.

Conforme constatado na pesquisa, a realidade dos egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy – não diferente do restante do país – é muito dura.

A invisibilidade, o preconceito de uma sociedade que os vê como criminosos e não como pacientes e a falta de vínculos familiares tornam ainda mais difíceis o tratamento e uma possível recuperação e, como ocorreu com uma paciente encaminhada para o Hospital Escola Portugal Ramalho, muitos findam sua vida enclausurados à espera de uma volta à sociedade que nunca chega. É uma pena perpétua.

O que se pode concluir dos dados apresentados no presente trabalho, é que não basta Hospitais de Custódia para internação e tratamento ambulatorial dos inimputáveis submetidos à medida de segurança. Faz-se necessário que haja de fato um plano de reinserção ao convívio social, bem como um plano de tratamento que de fato se preocupe com a recuperação do paciente e não apenas com o cumprimento de sua permanência no estabelecimento.

Incluir os familiares - daqueles pacientes que os possuem – nos tratamentos multidisciplinares oferecidos pelos Hospitais de Custódia, bem como pelos Hospitais Psiquiátricos, é primordial para que se obtenha um tratamento completo e garantidor de que haverá continuidade com os cuidados aos egressos, assim como o fortalecimento do vínculo familiar – muitas vezes perdido ao longo da internação ou mesmo antes dela.

5. REFERÊNCIAS

A CASA DOS MORTOS. Direção: Debora Diniz. Produção de Fabiana Paranhos. Brasil: 2009.

AUGUSTO, Cristiane Brandão e ORTEGA, Francisco. **Nina Rodrigues e a Patologização do Crime no Brasil.** In: Revista Direito GV, 2011, São Paulo: Jan-Jun 2011.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal.** São Paulo: Saraiva, 2010.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940.** Código Penal Brasileiro. Diário Oficial da União, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm >. Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Diário Oficial da União, DF, 05 out. 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm >. Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 3.689, de 03 de outubro de 1941.** Código de Processo Penal. Diário Oficial da União, DF, 13 out. 1941. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm >. Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL. **Lei 10.216, de 06 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, DF, 06 abr. 2001. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm >. Acesso em: 07 abr. 2020.

BRASIL. **Lei 13.694, de 24 de dezembro de 2019.** Aperfeiçoa a Legislação Penal e Processual Penal. Diário Oficial da União, DF, 24 dez. 2019. Edição Extra. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13964.htm >. Acesso em: 07 abr. 2020.

BRASIL, STF. **HC nº84.219/SP**, 6º Turma, Rel. Min. Marco Aurélio. Disponível em: < <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14800654/habeas-corpus-hc-84219-sp-stf> >. Acesso em: 11 ago. 2019.

BRASIL, STF. **Informativo 369 de 08 a 12 de novembro de 2004: Medida de Segurança e Limitação Temporal.** Disponível em: < <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo369.htm> >. Acesso em: 31 mar.2020.

BRASIL. STF. **Súmula 525 de 19 de dezembro de 1969.** Disponível em: < <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/menuSumarioSumulas.asp?sumula=2595> >. Acesso em: 31 mar. 2020.

BRASIL. STJ. **Súmula 527 de 15 de março de 2015.** Disponível em: < http://www.stj.jus.br/docs_internet/SumulasSTJ.pdf >. Acesso em: 07 abr. 2020.

CARRARA, Francesco. Programa de Derecho Criminal. Bogotá: Temis, 1971.

CHARLANA. **Conceito e Origem Histórica da Medida de Segurança**, 2019. Disponível em: < <https://juridicocerto.com/p/charlana/artigos/conceito-e-origem-historica-da-medida-de-seguranca-5084> > . Acesso em: 31 mar. 2020.

CIA, Michele. **Periculosidade e Medida de Segurança em Uma Perspectiva Foucaultiana**, 2017. 292 f. Tese (Doutorado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), São Paulo-SP. Disponível em: < <http://bdtd.ibict.br/vufind/> >. Acesso em: 09 ago. 2019.

COSTA, Bernardino Cosobeck da. **Análise da Efetividade das Decisões Judiciais de Medida de Segurança na Modalidade de Internação no Estado do Tocantins**, 2015. 104 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas-TO. Disponível em: < <http://bdtd.ibict.br/vufind/> >. Acesso em: 09 ago. 2019.

COSTA, Elisa Walleska Kruger da. **A Falência da Medida de Segurança: da exclusão à alteridade**, 2015. 329 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília-DF. Disponível em: < <http://bdtd.ibict.br/vufind/> >. Acesso em: 09 ago. 2019.

COSTA, Nilson do Rosário e TUNDIS, Silvério. **Cidadania e Loucura: origens das políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Abrasco/Vozes, 1987.

CRÔNICAS (DES)MEDIDAS. Direção: Alyne Alvarez Dias. Produção de Débora Flor. Brasil: Alt Produções, 2014.

DA SILVA, Haroldo Caetano. **Reforma Psiquiátrica nas Medidas de Segurança: a experiência goiana do paili**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano.

vol.20 n.1. São Paulo: 2010. Disponível em: <
[DEMIRANDA, Dandara Trentin e FONSECA, Bruno Bandeira. **O Direito Penal Brasileiro e as Contribuições das Escolas Clássica e Positiva**. 2017. Disponível em: <
\[DIAS, Thiago Prats. **O Prazo Máximo da Medida de Segurança**. Disponível em: <
\\[>. Acesso em: 31 mar.2020.\\]\\(https://jus.com.br/artigos/75647/o-prazo-maximo-da-medida-de-seguranca\\)\]\(https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/o-direito-penal-brasileiro-e-as-contribuicoes-das-escolas-classica-e-positiva/#:~:text=A%20escola%20cl%C3%A1ssica%20visa%20proteger,vezes%20em%20destrimento%20do%20indiv%C3%ADduo.>. Acesso em: 10 ago. 2019.</p>
</div>
<div data-bbox=\)](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100015#:~:text=A%20Lei%20da%20Reforma%20Psiqui%C3%A1trica,criminal%20como%20medida%20de%20seguran%C3%A7a.&text=A%20perman%C3%Aancia%20do%20paciente%20em,Lei%20n%C2%BA%209.455%2F97).>. Acesso em: 10 ago. 2019.</p>
</div>
<div data-bbox=)

FUHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal**. São Paulo: Malheiros, 2008.

GENTIL, Carolina Guidi. **Crime e Loucura: problematizações sobre o louco infrator na realidade do Distrito Federal**, 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo-SP. Disponível em: <
<http://bdtd.ibict.br/vufind/>>. Acesso em: 09 ago. 2019.

HEPR – **Hospital Escola Portugal Ramalho**. Disponível em: < <https://hepr.uncisal.edu.br/> >. Acesso em: 11 ago. 2019.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito Penal da Loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica**. Revista de Direito Sanitário, vol 5, n 1, 2004. Disponível em: <
<file:///C:/Users/Juliana/Downloads/80889-Texto%20do%20artigo-111763-1-10-20140523.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2021.

MARCHEWKA, Tania Maria Nava. **As Contradições da Medida de Segurança no Contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Revista de Direito Sanitário, vol 2, n 3, 2001.

MESQUITA JÚNIOR, Sidio Rosa de. **O Sistema Vicariante na Lei nº 11.343/2006**. 2007. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/9654/o-sistema-vicariante-na-lei-n-11-343>>

2006#:~:text=No%20CP%20de%201940%20adot%C3%A1vamos,7.209%2C%20de%2011.7.1984.>. Acesso em: 10 ago. 2019.

MONTEIRO, Lizianni de Cerqueira. **Princípios Constitucionais e Medida de Segurança Criminal**, 2011. 141 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA. Disponível em: < <http://bdtd.ibict.br/vufind/> >. Acesso em: 09 ago. 2019.

NAVES, Letícia Aguiar Cardoso. **A Punição da Loucura: as decisões do Supremo Tribunal Federal após a Lei da Reforma Psiquiátrica**, 2014. 76 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Universidade de Brasília, Brasília-DF. Disponível em: < <http://bdtd.ibict.br/vufind/> >. Acesso em: 09 ago. 2019.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. São Paulo: Saraiva, 2007.

OLIVEIRA, Carlos. **As Medidas de Segurança no Ordenamento Jurídico Brasileiro**. Disponível em: < <https://ccesoliveira.jusbrasil.com.br/artigos/260648130/as-medidas-de-seguranca-no-ordenamento-juridico-brasileiro> >. Acesso em: 31 mar. 2020.

OLIVEIRA, Rivana Barreto Ricarte de. **Aplicação da Medida de Segurança de Internação aos Portadores de Transtornos Mentais, em Face do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana: o caso da cidade de Rio Branco-AC (2005/2010)**, 2012. 252 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB. Disponível em: < <http://bdtd.ibict.br/vufind/> >. Acesso em: 09 ago. 2019.

PERES, M. F. T. e NERY FILHO, A.: **Mental Illness in Brazilian Penal Law: legal irresponsibility, potentiality for danger/aggressiveness and safety policies**. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2):335-55, May-Aug. 2002.

PRADO, Alessandra M; SCHINDLER, Danilo. **A Medida de Segurança na Contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários**. In: Revista Direito GV, 2017, v. 13, n. 2, São Paulo: Mai-Ago 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rdgv/v13n2/1808-2432-rdgv-13-02-0628.pdf> >. Acesso em: 26 jul. 2019.

QUEIROGA, Gabriel Fernandes Caldeira. **O Limite Temporal da Medida de Segurança no Estado Democrático de Direito Brasileiro**. Disponível em: < <http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/52064/o-limite-temporal-da-medida-de-seguranca-no-estado-democratico-de-direito-brasileiro> >. Acesso em: 31 mar. 2020.

REALE, Miguel. **Nova Fase do Direito Moderno**. São Paulo: Saraiva, 1990.

SERIS –**Secretaria de Ressocialização e Inclusão Social de Alagoas**. Disponível em: < <http://www.seris.al.gov.br/> >. Acesso em: 11 ago. 2019.

SILVA, M. R. V.; FIORATTO, D. C. **Medidas de Segurança e a Inobservância da Dignidade da Pessoa Humana**. Belo Horizonte. Disponível em: < <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=22ccaf6d1a4335b0> >. Acesso em: 26 jul. 2019.

SILVEIRA, Débora. **A Origem e a Evolução do Instituto da Medida de Segurança no Direito Brasileiro**. Disponível em: < <https://jus.com.br/artigos/33877/a-origem-e-a-evolucao-do-instituto-da-medida-de-seguranca-no-direito-brasileiro> >. Acesso em: 31 mar. 2020.

STINGHEL, Emanuelli Dal Col. **Evolução Histórica da Medida de Segurança a Luz Das Legislações Penais Brasileiras**. 2014. Disponível em: < <https://jus.com.br/artigos/33845/evolucao-historica-da-medida-de-seguranca-a-luz-das-legislacoes-penais-brasileiras> >. Acesso em: 28 mar. 2021.

VILLAR, Alice Saldanha. **O Tempo Máximo de Duração da Medida de Segurança**. São Paulo: 2015. Disponível em: < <https://alice.jusbrasil.com.br/artigos/250127785/o-tempo-maximo-de-duracao-da-medida-de-seguranca> >. Acesso em: 26 jul. 2019.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO CENTRO PSIQUIÁTRICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS

GRADUAÇÃO EM DIREITO

Questionário sobre a pesquisa: Os Impactos da Decisão do STF sobre a Desinternação dos Pacientes dos Hospitais de Custódia: a situação dos egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy.

Data:

Entrevistado:

Cargo:

1. Quantos pacientes existem, entre homens e mulheres, hoje, no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy?
2. Quantos pacientes estão em tratamento em regime de internamento e quantos estão em tratamento em regime ambulatorial?
3. Após a decisão do STF de desinternação dos pacientes que já haviam cumprido o tempo limite da pena (STJ) ou 30 anos no máximo, quantos agentes foram desinternados ou encaminhados para o Hospital Escola Portugal Ramalho?
4. A decisão do STF vem de fato sendo cumprida?
5. Existe uma política de reinserção do agente na vida social enquanto ele ainda está internado? Como funciona?
6. Existe uma política de aproximação com os familiares dos agentes internados para facilitar no momento da saída e mesmo a internação? Como funciona?
7. Existe uma política de ajuda ao egresso? Como funciona?
8. Os pacientes que são encaminhados para o Hospital Escola Portugal Ramalho continua sendo acompanhado pelo Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy?

9. Vocês acompanham a vida do egresso? Contribuem de alguma forma?
10. Como estão os egressos hoje? Quadro atual.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PORTUGAL RAMALHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS

GRADUAÇÃO EM DIREITO

Questionário sobre a pesquisa: Os Impactos da Decisão do STF sobre a Desinternação dos Pacientes dos Hospitais de Custódia: a situação dos egressos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy.

Data:

Entrevistado:

Cargo:

1. Quantos pacientes existem, entre homens e mulheres, hoje, no Hospital Escola Portugal Ramalho, vindos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy?
2. Quantos pacientes estão em tratamento em regime de internamento e quantos estão em tratamento em regime ambulatorial?
3. Como é o tratamento dispensado a esses pacientes?
4. Os pacientes vindos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy interagem com os demais pacientes do hospital?
5. Os familiares desses pacientes participam do processo com visitas, orientações médicas etc?
6. O Hospital Escola Portugal Ramalho mantém contato constante com o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy?
7. Algum paciente vindo do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy já recebeu alta? Como se deu?
8. Qual a situação atual dos pacientes vindos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy no Hospital Escola Portugal Ramalho?