



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE DIREITO DE
ALAGOAS

KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA

**CEMITÉRIO DOS ESQUECIDOS: uma metáfora que questiona a noção de
periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário**

MACEIÓ-AL
2018

KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA

CEMITÉRIO DOS ESQUECIDOS: uma metáfora que questiona a noção de periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito Público da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Direito Público.

Orientadora: Profª. Dra. Maria da Graça Marques Gurgel.

MACEIÓ-AL
2018

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Janis Christine Angelina Cavalcante – CRB: 1664

V657i Vieira, Karinny Guedes de Melo.

Cemitério dos esquecidos: uma metáfora que questiona a noção de periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário / Karinny Guedes de Melo Vieira. – 2018.

245 f.: il. color.

Orientadora: Maria da Graça Marques Gurgel.

Dissertação (Mestrado em Direito Público) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Direito de Alagoas. Programa de Pós-Graduação em Direito. Maceió, 2018.

Bibliografia: f. 198-206.

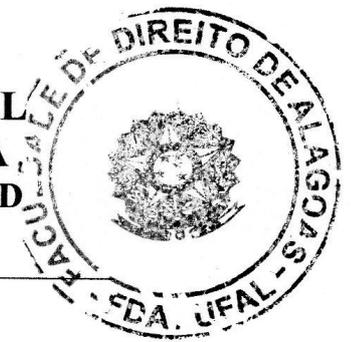
Anexos: f. 207 -245.

1. Medida de segurança. 2. Centro Psiquiátrico Judiciário. 3. Crime e doença mental. 4. Inimputáveis. 5. Cessação de periculosidade. I. Título.

CDU: 342:340.63



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS - FDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO - PPGD
MESTRADO EM DIREITO



KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA

“CEMITÉRIO DOS ESQUECIDOS: uma metáfora que questiona a noção de periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário.”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito de Alagoas – UFAL, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. MARIA DA GRAÇA MARQUES GURGEL

A Banca Examinadora, composta pelos professores abaixo, sob a presidência da primeira, submeteu a candidata à defesa, em nível de Mestrado, e a julgou nos seguintes termos:

Profa. Dra. Alessandra Marchioni (UFAL)

Julgamento: Aprovada, nota 10,0 Assinatura: Alessandra Marchioni

Profa. Dra. Elaine Cristina Pimentel Costa (UFAL)

Julgamento: Aprovada, nota 10,0 Assinatura: Elaine Pimenta

Prof. Dr. Sérgio Seiji Aragaki (convidado externo/FAMED-UFAL)

Julgamento: Aprovada, nota 10,0 Assinatura: Sérgio Aragaki

Maceió, 22 de maio de 2018.


Prof. Dr. George Sarmento
FDA/UFAL
george_sarmento@hotmail.com
+55(82) 9314-1414

A todas as pessoas que perderam suas identidades nos Centros Psiquiátricos Judiciários ou Manicômios Judiciários, e, em especial, às que passaram pelo Pedro Marinho Suruagy.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pelo dom da vida, por sempre ter iluminado meu caminho, por ter me guiado na escolha do tema e na elaboração deste trabalho, me dando forças para seguir em frente apesar das dificuldades encontradas durante esta caminhada.

A meus pais, por todo o amor e apoio, por terem me ensinado que o mundo pode ser mudado com pequenas ações, por terem me ajudado a enxergar a vida com sensibilidade, sempre sabendo me colocar no lugar do outro, por serem verdadeiros exemplos de vida e pela luta incessante para garantir que eu tivesse estudos de qualidade. Sem vocês, nada disso teria sido possível.

Mais um agradecimento especial a minha mãe, por ter sido minha maior incentivadora neste mestrado.

À minha irmã, pelo eterno companheirismo, pelo amor incondicional e por ser sempre minha fiel ouvinte. Obrigada por tudo.

À minha orientadora, professora doutora Graça Gurgel, pelas sugestões e orientações, sem as quais este trabalho não teria ficado como está. Obrigada também por compartilhar comigo o seu espírito crítico, que fez com que eu amadurecesse muito, tanto pessoal quanto academicamente. Saiba que tais ensinamentos me acompanharão para sempre.

Às professoras doutoras Elaine Pimentel e Alessandra Marchioni, que participaram da banca de qualificação e gentilmente apresentaram caminhos para melhorar esta dissertação.

A essas três professoras, agradeço, ainda, por ousarem ser mulheres críticas e voltadas aos anseios sociais, apesar de o mundo jurídico ainda ser predominantemente voltado às abstrações e aos formalismos.

Mais um agradecimento especial a Elaine Pimentel, que iniciou comigo a jornada que iria ensejar na elaboração desta dissertação. Obrigada por todas as orientações e sugestões durante a elaboração de meu Trabalho de Conclusão de Curso.

Ao professor doutor Sérgio Aragaki, que gentilmente aceitou fazer parte da banca como examinador externo. Com formação em Psicologia Social, lecionando na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, certamente irá contribuir de forma efetiva para a melhoria deste estudo, que, por ser interdisciplinar, demanda uma banca também interdisciplinar.

Ao meu eterno mestre, Dr. Manoel Cavalcante, que durante a graduação me deu a oportunidade de fazer parte de um PIBIC sob sua orientação e, com isso, me ensinou os

primeiros passos para a elaboração de uma pesquisa acadêmico-científica. Obrigada, ainda, por me lembrar diariamente que, do outro lado da tela do computador que mostra o processo, está sempre um ser humano. E obrigada pela compreensão durante todas as etapas deste mestrado.

Ao juiz da 16ª Vara Criminal da Capital, Dr. José Braga Neto, à Defensora Pública, Dra. Andréa Carla Tonin. Aos funcionários da Vara, em especial a Luana, Fábio, Ronald e Omena.

Aos funcionários do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, por terem me recebido e, na medida do possível, me prestado informações. Em especial a Marina Miranda Felippu, às duas Ana Paula e à dona Ana.

Às amigas e aos amigos da Turma 12 do Mestrado em Direito da Universidade Federal de Alagoas, pelo companheirismo, pela união, pelos ensinamentos, pelo compartilhamento de experiências e vivências, pelas ricas discussões em sala de aula. Saibam que eu me senti honrada e extremamente feliz por fazer parte deste grupo tão seletivo, formado por pessoas que eu passei a admirar. Vocês foram um dos presentes que esse mestrado me proporcionou.

A meu amigo e fotógrafo, Vítor Menezes de Vasconcelos, por ter aceitado adentrar o Centro Psiquiátrico Judiciário para registrar o que se escondia dentro daqueles muros. Todas as fotos deste trabalho foram registros de suas lentes.

Aos meus familiares, por toda a ajuda que me foi dada.

Aos meus amigos e colegas, pelo companheirismo e apoio.

Esta dissertação leva meu nome, mas é fruto da ajuda, do estímulo e do apoio de autores que não aparecem na capa do trabalho.

A todos vocês, o meu muito obrigada.

— A questão é científica, dizia ele; trata-se de uma doutrina nova, cujo primeiro exemplo sou eu. Reúno em mim mesmo a teoria e a prática.

— Simão! Simão! meu amor! dizia-lhe a esposa com o rosto lavado em lágrimas.

Mas o ilustre médico, com os olhos acesos da convicção científica, trancou os ouvidos à saudade da mulher, e brandamente a repeliu. Fechada a porta da Casa Verde, entregou-se ao estudo e à cura de si mesmo. Dizem os cronistas que ele morreu dali a dezessete meses no mesmo estado em que entrou, sem ter podido alcançar nada. Alguns chegam ao ponto de conjecturar que nunca houve outro louco além dele em Itaguaí [...].

RESUMO

O presente trabalho faz, primeiramente, um apanhado histórico e legislativo acerca de questões que envolvem crime e loucura, luta antimanicomial, surgimento dos manicômios judiciários no Brasil e suas implicações na noção que se viria a ter sobre os doentes mentais “infratores” e sua forte influência no modo como as medidas de segurança viriam a ser aplicadas. Ademais, faz-se uma análise sobre a noção de periculosidade, conceituando-a e mostrando o quanto esse dispositivo se encontra ultrapassado. Para demonstrar a realidade prática do problema, foram analisados processos e exames de cessação de periculosidade da Vara de Execução Penal da Capital. Também será traçado um panorama geral acerca da aplicação do instituto jurídico da medida de segurança no Brasil, dando ênfase à realidade do estado de Alagoas. Este trabalho pretende pôr em foco os chamados inimputáveis e mostrar a realidade vivenciada por eles, realidade esta que tem se mostrado bastante cruel, mas se encontra justificada por uma falsa noção jurídica e científica. Para tanto, utilizamo-nos de diversas fontes bibliográficas, pesquisa jurisprudencial, bem como de pesquisa de campo realizada no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy e na 16ª Vara Criminal da Capital.

Palavras-chave: Medida de Segurança; Centro Psiquiátrico Judiciário; Crime e doença mental; Inimputáveis; Periculosidade; Cessação de periculosidade.

ABSTRACT

This paper is primarily a historical and legislative analysis about issues surrounding crime and madness, anti-asylum struggle, the emergence of forensic psychiatric hospitals in Brazil and its implications on the assumed notion on mentally ill “offenders” and its strong influence on the way the security measures were to be applied. Moreover, it is an analysis of the notion of dangerousness, conceptualizing it and showing how much superseded this device is. In order to demonstrate the problem's practical reality, processes and dangerousness cessation tests from the Capital's Court of Criminal Execution were evaluated. An overview about the legal institute of security measure application in Brazil will be traced, emphasizing Alagoas's State reality. This paper intends to bring into focus the unindictable and show the reality experienced by them, a reality which is very cruel, but is justified by a false legal and scientific notion. For that matter, we used various literature sources, jurisprudential investigation, as well as field research conducted in the Pedro Marinho Suruagy Psychiatric Judicial Center and in the 16th Capital's Criminal Court.

Keywords: Safety Measure; Psychiatric Judicial Center; Crime and mental illness; The Unindictable; Dangerousness; Dangerousness cessation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Entrada do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy.....	17
Figura 2 - Pintura feita por um dos internos.....	33
Figura 3 - Tela pintada por um dos internos do CPJ	71
Figura 4 - Telas pintadas por internos do CPJ.....	98
Figura 5 - Telas pintadas por pacientes do CPJ.....	122
Figura 6 - Entrada do CPJ.....	124
Figura 7 - Portão de acesso às instalações internas do CPJ.....	124
Figura 8 - Sala de praxiterapia.....	125
Figura 9 - Sala de praxiterapia.....	125
Figura 10 - Equipamentos da sala de praxiterapia.....	126
Figura 11 - Maca e cadeiras da sala de praxiterapia.....	126
Figura 12 - Esteiras ergométricas.....	126
Figura 13 - Parede da sala de praxiterapia.....	127
Figura 14 - Pregos trancando a janela da sala de praxiterapia.....	127
Figura 15 - Tomada solta da parede com fios à mostra.....	127
Figura 16 - Escultura de papel.....	128
Figura 17 - Anfiteatro.....	128
Figura 18 - Anfiteatro.....	129
Figura 19 - Sala de enfermagem.....	129
Figura 20 - Sala de enfermagem.....	130
Figura 21 - Parede com infiltração.....	130
Figura 22 - Medicamentos.....	130
Figura 23 - Sala de Psicologia.....	131
Figura 24 - Sala de Psicologia.....	131
Figura 25 - Sala de aula do CPJ.....	132
Figura 26 - Sala de aula do CPJ.....	133
Figura 27 - Local onde deveria existir a horta.....	133
Figura 28 - Terreno inutilizado.....	133
Figura 29 - Espaço inutilizado.....	134

Figura 30 - Refeitório.....	134
Figura 31 - Visão geral do refeitório.....	135
Figura 32 - Mesas do refeitório.....	135
Figura 33 - Pães estragados.....	135
Figura 34 - Bancos destruídos, sem assentos e com pregos à mostra.....	136
Figura 35 - Bancos enferrujados inutilizados.....	136
Figura 36 - Pia do refeitório.....	136
Figura 37 - Lixeiro improvisado, juntando moscas.....	137
Figura 38 - Pátio do CPJ.....	137
Figura 39 - Pátio do CPJ.....	138
Figura 40 - Pátio do CPJ.....	138
Figura 41 - Pátio do CPJ.....	138
Figura 42 - Corredor de acesso às alas.....	139
Figura 43 - Corredor de acesso às alas.....	139
Figura 44 - Porta de acesso à ala F.....	140
Figura 45 - Portas dos apartamentos.....	140
Figura 46 - Espaço inutilizado na ala feminina.....	141
Figura 47 - Corredor da ala feminina	141
Figura 48 - Interior de um quarto da ala feminina.....	142
Figura 49 - Colchão em um alojamento desocupado.....	142
Figura 50 - Banheiro de um quarto desocupado.....	143
Figura 51 - Porta e janela de um quarto da ala feminina.....	143
Figura 52 - Pia de um banheiro de um quarto da ala feminina.....	143
Figura 53 - Entrada de um apartamento.....	144
Figura 54 - Interior de um apartamento.....	145
Figura 55 - Lixo remanescente de um apartamento recém-desocupado.....	145
Figura 56 - Pia do banheiro de um dos apartamentos.....	145
Figura 57 - Chuveiro de um dos apartamentos.....	146
Figura 58 - Banheiro de um apartamento.....	146
Figura 59 - Pátio do CPJ.....	192

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico dos processos analisados.....	89
Gráfico 2 - Gráfico dos exames analisados.....	89
Gráfico 3 - Gráfico de exames condicionais.....	90
Gráfico 4 - Gráfico de exames que mencionavam “periculosidade” ou “periculoso”.....	90
Gráfico 5 - Gráfico de exames sobre condições de retorno ao convívio familiar.....	91
Gráfico 6 - Gráfico das sentenças que mencionavam as três condições.....	94
Gráfico 7 - Gráfico da situação dos pacientes.....	149
Gráfico 8 - Gráfico da cor da pele dos pacientes.....	149
Gráfico 9 - Gráfico do nível de escolaridade dos internos.....	150
Gráfico 10 - Gráfico sobre a naturalidade dos pacientes.....	150
Gráfico 11 - Gráfico sobre as medidas de segurança considerando cor da pele.....	151
Gráfico 12 - Gráfico sobre medidas de segurança levando em conta o nível de escolaridade.....	151
Gráfico 13 - Gráficos sobre as medidas de segurança considerando a naturalidade.....	152
Gráfico 14 - Gráfico dos pacientes que receberam visita.....	153

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMPASA – Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde

Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CP – Código Penal

CPJ – Centro Psiquiátrico Judiciário

CREMAL – Conselho Regional de Medicina de Alagoas

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

CRP – Conselho Regional de Psicologia

Depen – Departamento Penitenciário Nacional

ECTP – Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HC – *Habeas Corpus*

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

MP – Ministério Público

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PEC – Processo de Execução Criminal.

RE – Recurso Extraordinário

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	(DES)CAMINHOS NO TRATAMENTO DO “LOUCO INFRATOR”: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS DISCURSOS E DAS PRÁTICAS.....	33
2.1	A explicação da metáfora: o cemitério dos esquecidos	34
2.1.1	DO SURGIMENTO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO	34
2.1.2	EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO PENAL DA LOUCURA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.....	42
2.1.3	PANORAMA ATUAL DOS ESTABELECIMENTOS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO.....	50
2.1.4	OS ESQUECIDOS DO CEMITÉRIO: QUEM SÃO ELES?	56
2.2	Reforma Psiquiátrica: o novo lugar social da loucura	60
2.2.1	CRÍTICAS AO PODER PSIQUIÁTRICO: DESCONSTRUINDO UM SABER-PODER.....	60
2.2.2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL	63
3	UNIÃO ENTRE O SABER JURÍDICO-PENAL E O SABER MÉDICO-PSIQUIÁTRICO: A NOÇÃO DA PERICULOSIDADE.....	71
3.1	Do surgimento da ideia de indivíduo perigoso: os “sintomas” do crime estão no criminoso	72
3.2	A periculosidade sob a perspectiva do direito positivo e da jurisprudência	75
3.3	A determinação da periculosidade	80
3.4	Experiência da 16ª Vara Criminal da Capital	88
3.4.1	METODOLOGIA DE PESQUISA	88
3.4.2	RESULTADOS OBTIDOS.....	90
4	A JURISPRUDÊNCIA DOS TRIBUNAIS SUPERIORES ACERCA DOS LIMITES TEMPORAIS DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA	98
4.1	O Supremo Tribunal Federal e a limitação temporal das medidas de segurança	

4.1.1	ABRINDO CAMINHO PARA O FIM DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA PERPÉTUAS: <i>HABEAS CORPUS</i> Nº 84219.....	100
4.1.2	MELHOR SERIA SE IMPUTÁVEL FOSSE: <i>HABEAS CORPUS</i> Nº 98.360	103
4.1.3	A EXTINÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NÃO É O FIM DA INTERNAÇÃO: <i>HABEAS CORPUS</i> Nº 107.432	106
4.1.4	A PRESCRIÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA: <i>HABEAS CORPUS</i> Nº 107.777	109
4.2	Da inovação trazida pela Súmula nº 527 do Superior Tribunal de Justiça	110
4.2.1	APLICAÇÃO DO PRINCÍPIO DA ISONOMIA ÀS MEDIDAS DE SEGURANÇA: <i>HABEAS CORPUS</i> Nº 121877.....	111
4.2.2	UMA ANÁLISE SOBRE A (DES)PROPORCIONALIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA	115
4.3	A repercussão nos tribunais: prevalência dos limites temporais ou preponderância da noção de periculosidade?	118
5	ESTUDOS DE CASO: OS ESQUECIDOS E O CEMITÉRIO	122
5.1	O Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy e os seus pacientes.....	123
5.1.1	O CEMITÉRIO DOS ESQUECIDOS: QUE LUGAR É ESTE?.....	123
5.1.2	CENSO: OS PACIENTES TÊM COR E CLASSE SOCIAL	148
5.2	O que dizem os profissionais	154
5.2.1	O OLHAR DA PSICOLOGIA	154
5.2.2	A PERSPECTIVA DA DEFENSORIA PÚBLICA	158
5.2.3	A VISÃO DO JUIZ DA VARA DA EXECUÇÕES PENAIS	162
5.3	Ser contado é uma forma de não ser esquecido: os pacientes e suas histórias.....	164
5.3.1	J.M.S. E A “GRANDE INTERNAÇÃO”	164
4.3.2	A.D.S. E O CENTRO PSIQUIÁTRICO JUDICIÁRIO: A NOVA “NAU DOS LOUCOS”	171
4.3.3	F.L.S., O PROCESSO DE DESSOCIALIZAÇÃO E A VIOLAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	177

5.4 Perspectivas sobre os direitos e alguns caminhos para garanti-los.....	181
6 CONCLUSÃO.....	192
REFERÊNCIAS.....	198
ANEXOS.....	207

1 INTRODUÇÃO

Figura 1



Entrada do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy. (Fonte: o autor)

Desconsiderado da sua condição de pessoa, para o louco “perigoso”, o inimigo, esta vida nua matável, o destino é a morte, seja ela física ou subjetiva, numa instituição aparentemente medieval, pois, guardadas as proporções, comparável aos suplícios, com a diferença de que hoje o mórbido espetáculo não se dá em praça pública, mas, de modo velado, longe dos olhos de seus principais algozes.

Das vidas que não (se) contam, de Alyne Alvarez Silva

É difícil precisar quando as sociedades passaram a tratar a loucura de forma relacionada com o crime¹, entretanto, já durante a Antiguidade, mais precisamente na Grécia, alguns filósofos e poetas propuseram conceitos que ligavam os dois elementos, bem como tentaram conceituar a alienação mental. O primeiro foi Homero (séculos 9-8 a.C.), que considerava que a loucura possuía origem divina e, portanto, deveriam ser

¹ SOUZA, Carlos Alberto Crespo; MENEZES, Ruben de Souza. Aspectos históricos sobre a Psiquiatria Forense, os manicômios judiciais e o Instituto Psiquiátrico Forense “Dr. Maurício Cardoso”. In: SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Gottert (org.). **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Sulina, 2006, p. 29.

desresponsabilizadas as pessoas destituídas da razão, visto que os deuses estariam agindo através delas.²

Também no Direito Romano é possível encontrar aspectos da união entre o crime e a loucura, haja vista que o Digesto e os Códigos Justinianos, após sofrerem alterações, passaram a prever que a presença da doença mental impediria a imputação do crime ao agente. As leis previam a demência (*dementia*), a insanidade (*furor*), a estupidez (*moria*), bem como as alienações em geral (*mente capti*). O *furiosus* era considerado penalmente incapaz, sendo submetido a uma espécie de custódia. É importante registrar que o Direito Romano considerava de extrema importância a imputação do crime e só se constituiria o delito se tivesse havido dolo por parte do agente. Desta forma, os atos não intencionais eram considerados meros acidentes.³

Na Idade Média, foi abandonada a ideia organicista da loucura, que havia sido proposta por Hipócrates (século 1 a.C.), que afirmava que ela não teria origem divina, mas nascia a partir do funcionamento do cérebro e do equilíbrio dos elementos essenciais do organismo (os humores) com o ambiente.⁴ No período medieval, ocorreu uma grande reviravolta em relação ao conceito de loucura, haja vista que a alienação mental passou a ser entendida como possessão demoníaca⁵ na chamada doutrina demonológica, que perduraria até o século XVII⁶.

Nesse período, “o direito penal acabou por ser colocado a serviço de interesses religiosos”⁷ e o tratamento da loucura deixou de ser competência da medicina para se tornar questão de fé e de crença. Os tribunais religiosos, que terminariam dando origem à instituição

² DE TILIO, Rafael. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. In: **Paidéia (Ribeirão Preto)**, vol.17, nº 37, Ribeirão Preto: EDUSP, p. 195-206, Mai./Ago. 2007, p. 196.

³ SOUZA, Carlos Alberto Crespo; MENEZES, Ruben de Souza. Aspectos históricos sobre a Psiquiatria Forense, os manicômios judiciais e o Instituto Psiquiátrico Forense “Dr. Maurício Cardoso”. In: SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Gottert (org.). **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Sulina, 2006, p. 29.

⁴ DE TILIO, Rafael. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. In: **Paidéia (Ribeirão Preto)**, vol.17, nº 37, Ribeirão Preto: EDUSP, p. 195-206, Mai./Ago. 2007, p. 196.

⁵ COHEN, Cláudio. Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime. In: CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). **Medida de segurança – uma questão de saúde e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013, p. 28.

⁶ DE TILIO, Rafael. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. In: **Paidéia (Ribeirão Preto)**, vol.17, nº 37, Ribeirão Preto: EDUSP, p. 195-206, Mai./Ago. 2007, p. 196.

⁷ SOUZA, Carlos Alberto Crespo; MENEZES, Ruben de Souza. Aspectos históricos sobre a Psiquiatria Forense, os manicômios judiciais e o Instituto Psiquiátrico Forense “Dr. Maurício Cardoso”. In: SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Gottert (org.). **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Sulina, 2006, p. 29.

da Inquisição, submeteram vários doentes mentais a práticas cruéis de tortura, bem como à execução, sob a justificativa de que estariam possuídos pelo demônio.

É importante mencionar que durante a Idade Média ocorreu uma enorme epidemia de lepra, o que gerou uma forte perseguição aos leprosos, além de segregação social a partir da criação dos chamados leprosários, que eram locais para onde as pessoas contaminadas pela doença eram enviadas, com a finalidade de isolá-las do resto da população. Segundo Foucault⁸, os fenômenos da loucura e dos hospícios são heranças diretas da lepra. No entanto, será necessário um longo período de latência, consistente em quase dois séculos, para que estes novos espantalhos que são os loucos, que sucedem aos leprosos nos medos seculares, provoquem as mesmas reações de exclusão, de segregação, de purificação que, entretanto, assemelham-se de uma maneira bastante clara.

A partir da Idade Moderna, no século XVII, a exacerbação da razão e do conhecimento científico trouxe como uma de suas consequências o reconhecimento da loucura como perda da razão, do livre-arbítrio ou da moral.⁹ Naquele momento, a loucura passou a se inserir no contexto dos problemas da cidade, pois começou a ser “percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo”¹⁰.

Foi justamente neste período que surgiu o fenômeno da internação, valendo ressaltar, entretanto, que esta não se destinava à cura dos doentes mentais, mas como forma de limpeza social e controle, pois o louco havia sido equiparado aos criminosos, vagabundos e mendigos, os quais não seguiam as regras do contrato social¹¹. Assim, os loucos passaram a ser vistos como um verdadeiro empecilho de crescimento à classe da burguesia, e seu destino, na maioria das vezes, era a expulsão da cidade ou o enclausuramento em manicômios ou prisões, buscando tão somente isolá-los, sem qualquer pretensão de lhes oferecer um tratamento para a doença.¹²

Tal concepção só viria a sofrer algumas alterações devido aos esforços de Pinel (1745-1826), que inaugurou a psiquiatria moderna, defendendo que os loucos deveriam ser tratados, e não torturados, devendo ser trazidos novamente ao convívio social quando fossem

⁸ FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2012, p. 08.

⁹ DE TILIO, Rafael. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. In: **Paidéia (Ribeirão Preto)**, vol.17, nº 37, Ribeirão Preto: EDUSP, p. 195-206, Mai./Ago. 2007, p. 196.

¹⁰ FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2012, p. 78.

¹¹ CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1991, p. 27.

¹² MARAFANTI, Ísis *et. al.* Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro. In: CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). **Medida de segurança – uma questão de saúde e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013, p. 44.

curados. Os pensamentos pinelianos se baseavam na filantropia e se inseriam no contexto da Revolução Francesa, em que se buscava garantir os direitos do homem. Suas ideias influenciaram, inclusive, o Poder Judiciário e o Poder Legislativo franceses. Até então, na França, as pessoas que tinham doença mental eram enclausuradas com os presos comuns, sendo mantidas algemadas ou sendo contidas por correntes de ferro, no fundo dos cárceres. Em 1838 foi publicada, naquele país, a lei que regulamentou a assistência aos doentes mentais, representando o início de uma consagração mínima dos direitos humanos que haviam sido reivindicados para os loucos pela reforma de Philippe Pinel, e levada adiante por seu seguidor Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840).¹³ Porém, ainda não se podia falar de uma verdadeira garantia de direitos aos doentes mentais.

No entanto, no século XIX, o entrelaçamento entre as noções de crime e de loucura se deu de forma extremamente evidente, ocasião em que a doença mental se revestiu de enorme importância, pois, a partir do fenômeno da medicalização do crime e da loucura, foi criado um novo estatuto de tutela que se tornou imprescindível para o bom funcionamento da sociedade contratual.¹⁴

É necessário mencionar, entretanto, que a psiquiatria daquele período não se apresentava como uma especialização do saber médico, ou seja, da medicina geral, mas funcionou, na verdade, como um autêntico ramo da higiene pública, responsável por afastar da sociedade os perigos que a doença mental poderia acarretar. E, para isso, tornou-se imprescindível transportar o problema da loucura do âmbito social para o âmbito da medicina, e, além disso, disseminar a ideia de que existiria um perigo intrínseco à doença mental.¹⁵

Sabe-se que o conhecimento e a prática do Direito são construídos tomando como base outros segmentos científicos e sociais. E não poderia ser diferente, haja vista que o direito altera a sociedade e também deve ser alterado por ela. Por este motivo, os saberes psiquiátricos foram formulados possuindo íntima relação com a justiça criminal, questionando, inclusive, os pressupostos da doutrina clássica do direito penal, como, por exemplo, a responsabilidade e o livre-arbítrio, tendo a psiquiatria atuado também como segmento de controle social¹⁶.

¹³ SOUZA, Carlos Alberto Crespo; MENEZES, Ruben de Souza. Aspectos históricos sobre a Psiquiatria Forense, os manicômios judiciais e o Instituto Psiquiátrico Forense “Dr. Maurício Cardoso”. In: SOUZA, Carlos Alberto Crespo; CARDOSO, Rogério Gottert (org.). **Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Sulina, 2006, p. 30 *et seq.*

¹⁴ CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1991, p. 25.

¹⁵ FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 148 *et seq.*

¹⁶ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio A. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9(2), maio-ago., 2002, p. 336.

Os doentes mentais foram historicamente excluídos da vida em sociedade e considerados inferiores, pois não eram bem vistos pela comunidade em geral por serem taxados de anormais. Muitas vezes se esquece de observar, no entanto, que a própria noção de anormalidade foi construída a partir de um discurso de poder com status científico que é a psiquiatria. Assim, não se pode perder de vista o fato de que a anormalidade é uma construção.

No Brasil, a atuação dos alienistas se coadunou com o projeto de manutenção da ordem social. A relação entre o delito e a loucura, além de gerar a necessidade de criação de instituições de controle, foi cenário de diversas discussões teóricas, bem como de implementações políticas. Ademais, a relação com o campo do Direito Penal teve lugar de destaque, gerando vários debates entre juízes e psiquiatras, os quais ensejaram na instituição de um modelo de intervenção penal próprio para os doentes mentais “criminosos”, qual seja, a medida de segurança, através da criação do manicômio judiciário¹⁷, hoje denominado centro psiquiátrico judiciário ou casa de custódia e tratamento psiquiátrico.

Assim, atualmente, o ordenamento jurídico brasileiro prevê tratamento penal específico para os doentes mentais que tenham cometido algum injusto penal¹⁸. Tal legislação já sofreu muitas modificações, possuindo previsão atual no art. 26, *caput*, do Código Penal, o qual dispõe que “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”. Estes indivíduos são chamados de inimputáveis, e a eles será aplicada a medida de segurança, e não a pena propriamente dita.

É sabido que as penitenciárias e as casas de custódia e tratamento psiquiátrico são destinadas a pessoas cujas situações jurídicas são demasiadamente diferentes, possuindo,

¹⁷ CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

¹⁸ Os doutrinadores até hoje se dividem quanto ao conceito jurídico de crime. De acordo com a teoria bipartida, crime é a ação típica e antijurídica, admitindo a culpabilidade somente como mero pressuposto da pena. Por outro lado, a teoria tripartida, que é majoritária, defende que crime é fato típico, antijurídico (ilícito) e culpável. Para esta última, a conduta típica e ilícita praticada pelo doente mental deveria ser chamada de injusto penal e não de crime. Significa que, pela técnica jurídica predominantemente aceita, uma conduta prevista em lei como crime, mas que tenha sido perpetrada por uma pessoa com doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, que, por consequência, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de se determinar de acordo com esse entendimento, não comete crime, mas sim injusto penal. Ou seja, este trabalho parte da premissa, majoritariamente aceita, de que o louco não comete crime, por não poder lhe ser atribuído um dos elementos essenciais do crime, que é a culpabilidade. Esta, por sua vez, tem a ver com o juízo de reprovabilidade da conduta. Para que exista o elemento culpabilidade, o agente deve ser imputável e consciente da ilicitude. De forma resumida e em termos claros, a imputabilidade é a capacidade de atribuir a alguém a responsabilidade por um crime. No mais, é importante salientar que em nenhum momento este trabalho tem como objetivo a análise sobre o conceito de crime.

assim, finalidades diversas. As pessoas que cometem um fato típico e ilícito, porém não possuem culpabilidade em virtude de doença ou retardo mental, irão para as casas de custódia e tratamento.

De acordo com a doutrina, pena e medida de segurança possuem naturezas jurídicas absolutamente distintas¹⁹. Desta forma, as penas possuem um caráter retributivo-preventivo, ao passo que as medidas de segurança possuem uma natureza essencialmente preventiva. Enquanto o fundamento de aplicação das penas é a culpabilidade, a medida de segurança se baseia tão somente na periculosidade. As penas são temporalmente determinadas, já as medidas de segurança só terminam quando for declarada pelo perito médico-psiquiatra a cessação da periculosidade.²⁰

Essas, basicamente, são as principais diferenças teóricas entre a pena e a medida de segurança, entretanto, na prática, esta última guarda diversas características daquela, podendo, sob alguns aspectos, chegar a ser mais cruel. É possível citar como exemplo o fato de que, enquanto as penas são sempre determinadas, podendo o condenado, inclusive, obter o benefício da progressão de regime ou da liberdade condicional, tais hipóteses não se aplicam às medidas de segurança, já que estas perduram por tempo indeterminado. E o que pode ser mais aflitivo do que ter privada sua liberdade sem se saber até quando? Neste ponto, a medida de segurança se apresenta como um instituto mais severo do que a própria pena.

Um ponto de semelhança entre as casas de custódia e tratamento e as penitenciárias diz respeito ao fato de que ambas possuem características segregacionistas e asilares. Nas penitenciárias, estas características são “justificadas” pelo fato de a pena funcionar como punição. Já nos centros psiquiátricos judiciários, a “justificativa” é ainda mais forte, pois, além de servir como uma resposta para o ilícito cometido, funciona também como um suposto tratamento, e, portanto, dotado de uma fundamentação científica, fornecida pelo poder psiquiátrico. Assim, “há certa ambiguidade em um instituto que reúne, ao mesmo tempo, os traços definidores de uma sanção penal e de um tratamento médico”²¹.

O art. 96 do Código Penal prevê duas espécies de medidas de segurança. São elas: a) internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; b) sujeição a tratamento ambulatorial. O art. 97, por sua vez,

¹⁹ NUNES, Adeildo. **Execução da pena e da medida de segurança**. São Paulo: Malheiros Editores, 2012, p. 165.

²⁰ NUNES, Adeildo. **Execução da pena e da medida de segurança**. São Paulo: Malheiros Editores, 2012, p. 165.

²¹ ROESLER, Cláudia Rosane; LAGE, Leonardo Almeida. A argumentação do STF e do STJ acerca da periculosidade de agentes inimputáveis e semi-imputáveis. *In: Revista Brasileira de Ciências Criminais*, ano 21, nº 105, São Paulo: Revista dos Tribunais, p. 13-56, nov./dez. 2013, p. 18.

determina que “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”. Desta forma, de acordo com a interpretação literal da lei, a internação será a regra, ao passo que o tratamento ambulatorial poderá ser escolhido apenas quando o tipo penal praticado for punível com detenção.

O Estado considera o doente mental não imputável, absolvendo-o por meio de sentença penal, entretanto a ele aplica uma sanção, a qual se mantém sob o fundamento da periculosidade. Neste sentido, dispõe a letra da lei que a medida de segurança durará por tempo indeterminado, até que seja averiguada a cessação da periculosidade (art. 97, § 1º, CP).

Apesar de não haver mais no Código Penal a previsão expressa da presunção de periculosidade e desta como requisito para a aplicação da medida de segurança, a partir da leitura do artigo 97, § 1º, é possível inferir que ainda se fazem presentes, tendo em vista que a desinternação está subordinada à verificação da cessação da periculosidade.

Por outro lado, o artigo 97, § 3º do Código Penal prevê que deverá ser restabelecido à situação anterior o agente que, após ter sido desinternado ou liberado da medida de segurança, praticar fato indicativo de persistência de sua periculosidade antes do decurso de um ano, o que só reforça a ideia de que a medida de segurança está pautada na periculosidade. No entanto, consideramos tal dispositivo inconstitucional, haja vista que fere os princípios do devido processo legal, do contraditório e da ampla defesa, bem como da dignidade da pessoa humana ao tornar obrigatório o retorno ao sistema penal sem que haja um processo com todas as garantias penais e constitucionais, bem como porque pode vir a ferir o próprio princípio da legalidade, posto que o “indicativo da persistência da periculosidade” não é disciplinado na lei, o que oferece demasiada discricionariedade ao intérprete.

É importante destacar que o Superior Tribunal de Justiça, no ano de 2015, editou a Súmula nº 527, que dispõe que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”. À primeira vista, legislação e súmula parecem contraditórias, tendo em vista que a lei subordina a desinternação à cessação da periculosidade. Por outro lado, ressalte-se que o Supremo Tribunal Federal possui entendimento jurisprudencial diferente, no sentido de que a medida de segurança não pode ultrapassar o período previsto no artigo 75 do Código Penal, qual seja, de trinta anos²².

²² BRASIL, STF. ROHC nº 100383, 1ª Turma, Rel. Min. Luiz Fux. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

Faz-se imprescindível, portanto, perquirir e compreender o panorama atual da desinternação dos pacientes em medida de segurança no Brasil, verificando as implicações práticas da aplicação da Súmula nº 527 do Superior Tribunal de Justiça, a qual, por ser bastante recente, ainda demanda diversos estudos. É necessário verificar qual a postura adotada pelos magistrados quando é chegado o lapso temporal previsto na mencionada Súmula sem ter havido a cessação da periculosidade declarada pelo exame psiquiátrico. Além do mais, é importante constatar se os pacientes nesta situação são ou não encaminhados para outras instituições, a fim de receber tratamento.

Atualmente tramita no Congresso Nacional o projeto de reforma do Código Penal brasileiro, que foi apresentado pela comissão de juristas formada pelo Senado Federal (Projeto de Lei do Senado nº 236 de 2012), o qual, no entanto, só traz como mudança significativa a previsão de limites temporais para a medida de segurança. Entretanto, o projeto ainda traz uma possibilidade de perpetuidade da internação. No mais, praticamente repete a redação vigente. Assim, a partir deste cenário, percebe-se que não há efetivamente no país a intenção legislativa de alterar substancialmente o tão contraditório instituto da medida de segurança.

Sem querer entrar no mérito da questão, até porque este não é o objetivo do presente estudo, vale lembrar que o Supremo Tribunal Federal, no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347, declarou que o Brasil constitui um Estado de Coisas Inconstitucional – conceito criado pela Corte Colombiana – relativamente ao sistema penitenciário, em decorrência das seguintes situações: violação generalizada e sistêmica dos direitos fundamentais; inércia ou incapacidade reiterada e persistente das autoridades públicas em modificar a conjuntura; transgressões a exigir a atuação não apenas de um órgão, mas sim de uma pluralidade de autoridades.²³ Desta forma, também se insere nesse cenário a medida de segurança, haja vista que os centros psiquiátricos judiciários fazem parte do sistema penitenciário brasileiro, o qual clama por mudanças urgentes.

Mesmo tendo havido a positivação dos direitos fundamentais tanto em âmbito nacional, por meio da Constituição Federal de 1988, quanto internacional, através da Declaração Universal dos Direitos Humanos²⁴ e das Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos²⁵, dentre outros, na prática ainda há muitas violações aos direitos das pessoas submetidas ao sistema penitenciário brasileiro. O cenário é tão alarmante que o próprio STF, no julgamento

²³ BRASIL, STF. ADPF nº 347 MC/DF, Plenário, Rel. Min. Marco Aurélio. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

²⁴ **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, ONU, 1948.

²⁵ **Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos**, ONU, 1955.

supracitado, reconheceu que o atentado aos direitos e princípios é tão frequente que constitui o chamado Estado de Coisas Inconstitucional.

No entanto, apesar de muito já se ter discutido acerca da aplicação e fundamentação, bem como dos efeitos e consequências da pena privativa de liberdade, ainda são poucos os estudos que tratam sobre a medida de segurança. Prova disto é o fato de existir apenas um censo realizado nos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico do Brasil, o qual demonstrou que, no ano de 2011, existiam 3.989 homens e mulheres vivendo nesses estabelecimentos²⁶, os quais praticamente passam despercebidos pela sociedade brasileira.

A metáfora que dá título ao presente trabalho pode ser explicada da seguinte forma: o cemitério é representado pelos hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos de todo o país, que, pelos processos de medicalização excessiva e, por serem verdadeiras instituições totais²⁷, causando a perda da identidade dos indivíduos, produzem nos pacientes uma verdadeira morte em vida; os esquecidos, por sua vez, são os internos, de que o presente trabalho faz questão de lembrar, apesar de terem sido esquecidos pelo Estado, pela sociedade e até por seus próprios familiares. Busca-se, então, contar as histórias dessa população invisível e desses lugares sobre os quais ninguém parece querer falar.

A presente pesquisa se mostra relevante para trazer à luz um sistema que ainda se apresenta bastante obscuro no Brasil, que é justamente o sistema manicomial penitenciário. O objeto de análise é o instituto jurídico da medida de segurança e o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, que é o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico do estado de Alagoas.

O estado de Alagoas como campo de estudo foi escolhido porque, a partir das pesquisas teóricas preliminares, foi possível perceber que há uma repetibilidade do microsistema manicomial judiciário em todo o Brasil. O único censo realizado no país²⁸ e a inspeção levada a cabo pelo Conselho Federal de Psicologia²⁹ comprovam isto.

Pretende-se responder à seguinte questão-problema: o sistema manicomial penitenciário, que se fundamenta na noção de periculosidade, oferece um tratamento efetivo aos pacientes e respeita seus direitos e garantias? A hipótese básica é a de que tal sistema não

²⁶ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2013, p. 13.

²⁷ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

²⁸ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

²⁹ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015.

é capaz de fornecer nenhum tratamento aos pacientes, funcionando como verdadeira punição, autorizada pela noção mascarada de cientificidade, que é a periculosidade.

O objetivo geral é analisar o instituto jurídico da medida de segurança a partir da prática, da legislação e do tratamento conferido pela jurisprudência, verificando se há o respeito aos direitos fundamentais, passando pelo estudo da noção da periculosidade e tomando como principal parâmetro a realidade de Alagoas, a partir da experiência da 16ª Vara Criminal da Capital e do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, bem como verificando como está sendo aplicada pelos magistrados a Súmula nº 527 do Superior Tribunal de Justiça.

Os objetivos específicos do presente trabalho são os seguintes: analisar os fatores que deram origem às casas de custódia e tratamento psiquiátrico, perpassando questões que envolvem injusto penal e loucura, bem como realizando uma análise da evolução legislativa no tratamento da loucura; verificar se o tratamento conferido aos doentes mentais “infratores” tem acompanhado os avanços da Reforma Psiquiátrica; proceder à análise da noção da periculosidade como fundamento para a desinternação do paciente em medida de segurança; compreender o panorama atual da jurisprudência acerca da desinternação dos pacientes em medida de segurança, avaliando, sobretudo, como está sendo aplicada a Súmula nº 527 do Superior Tribunal de Justiça; verificar como se dá a aplicação da medida de segurança no Brasil e, sobretudo, no estado de Alagoas, analisando as condições a que os pacientes são submetidos; fazer uma análise documental a fim de verificar qual o perfil populacional dos internos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy; proceder aos estudos dos casos que se mostraram marcantes durante a elaboração da pesquisa; verificar se a aplicação da medida de segurança respeita os direitos fundamentais dos pacientes.

É importante esclarecer que o presente estudo teve início no final do ano de 2014, durante a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado como requisito para a graduação em Direito na Universidade Federal de Alagoas. Posteriormente, foi transformado em projeto de dissertação de mestrado, sendo aprovado no Programa de Pós-Graduação em Direito da mesma universidade. Vale salientar, ainda, que a pesquisa passou pelo crivo e pela aprovação do Comitê de Ética, e que todos os passos dados no interior do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy e na 16ª Vara Criminal da Capital foram precedidos das devidas autorizações do juiz da Vara de Execuções Penais.

Cabe esclarecer que o presente trabalho não procura realizar um estudo meramente dogmático do instituto jurídico da medida de segurança, mas sim uma abordagem sob a perspectiva da sociologia do direito. Além disso, não se trata de um trabalho tão somente descritivo, mas propositivo, indo além da abstração legislativa para encarar a realidade dos

fatos e propor algumas possíveis soluções para o problema apresentado. O olhar é voltado não só para a constatação da existência do problema, mas para suas causas e eventuais consequências.

A pesquisa foi operacionalizada, primeiramente, por meio de pesquisa teórico-doutrinária acerca de temas centrais sobre o conteúdo abordado, como, por exemplo, surgimento do manicômio judiciário no Brasil, relação entre as noções de injusto penal e de loucura, conceito, generalidades, características da medida de segurança, situação dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico em nosso país, bem como esclarecendo quem são as pessoas que estão nesses locais.

Numa segunda etapa, foram feitas visitas ao Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, a fim de verificar como se dá a aplicação da medida de segurança no estado de Alagoas, analisando as condições a que os pacientes são submetidos, bem como realizando análise documental, a fim de elaborar um censo sobre pacientes. No referido CPJ, foram entregues questionários aos funcionários. Além disso, foram realizadas entrevistas com o juiz da Vara de Execução Penal, com a Defensoria Pública vinculada à referida Vara, e com a Coordenadora da Psicologia do sistema penitenciário.

Ademais, foi feita a colheita de dados, por meio dos processos da 16ª Vara Criminal da Capital (Vara de Execuções Penais), oportunidade em que foram analisados os exames de cessação de periculosidade e as sentenças de desinternação, a fim de descobrir quais fatores são levados em consideração na produção desses exames. Em meio aos processos analisados, foram selecionados três casos que representavam situações paradigmáticas, a fim de realizar um estudo mais aprofundado.

Também feita uma pesquisa jurisprudencial a fim de verificar como está sendo aplicada a mencionada Súmula nº 527 em nos Tribunais brasileiros, analisando a postura adotada pelos magistrados quando é chegado o limite temporal imposto por ela à duração da medida de segurança e não há a cessação da periculosidade.

Na seção dois, a partir de pesquisa bibliográfica, são apresentados dois modelos prático-discursivos que se contrapõem: o modelo manicomial tradicional e o modelo da reforma psiquiátrica. No primeiro, será analisado o surgimento do manicômio judiciário no Brasil, a relação entre as noções de injusto penal e loucura, a evolução legislativa sobre o tema, a influência e o controle exercidos pelo poder psiquiátrico que se firmou a partir do século XIX, bem como a apresentação do cemitério dos esquecidos, traçando um panorama geral sobre os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil e mostrando o

perfil nacional dos pacientes. Em seguida, é apresentado o modelo que busca alterar o lugar social da loucura, partindo-se de uma crítica ao poder exercido pela psiquiatria, até chegar à promulgação da Lei nº 10.216/2001, responsável pela positivação dos preceitos do movimento da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e que trouxe diversas mudanças em relação ao tratamento das pessoas com doença mental. No entanto, a atual legislação penal, que deveria acompanhar a evolução da sociedade e das ciências, ainda não se coaduna com esses avanços.

Na seção três, será explicado o dispositivo da periculosidade, que representa o resultado de dois saberes-poderes: o jurídico-penal e o médico-psiquiátrico. O item parte, inicialmente, de uma pesquisa bibliográfica. Será demonstrado como o dispositivo da periculosidade surgiu, qual o seu conceito para a doutrina e a jurisprudência, e como é possível determinar a sua persistência ou cessação. Com a finalidade de descobrir, na prática, quais fatores são levados em consideração na produção dos exames de verificação de cessação de periculosidade, bem como para saber se o conceito doutrinariamente empregado é aplicado nos casos concretos, foi analisada uma amostra dos processos da 16ª Vara Criminal da Capital (Vara de Execuções Penais), com ênfase nos exames de verificação de cessação de periculosidade e nas sentenças de desinternação.

A 16ª Vara Criminal da Capital é uma das varas de execução penal do estado de Alagoas. Conforme consta no relatório gerencial da vara, colhido no local, ela possui um acervo de aproximadamente cinco mil processos. A sua competência é estabelecida pelo critério da exclusão. Foi editada a Lei Estadual nº 6.877/2007 especificando a competência da 11ª Vara Criminal da Capital³⁰ e, por consequência, as matérias atinentes à execução penal

³⁰ Art. 1º A 11ª Vara Criminal da Capital de competência residual criminal passará a ter competência para a Execução de Penas e Medidas Restritivas de Direitos, especificamente para: I – promover a execução, bem como decidir sobre os seus incidentes, e efetuar a fiscalização: a) do condenado a regime inicial aberto; b) do condenado a regime aberto, beneficiário de progressão; c) do condenado em livramento condicional; d) do condenado à pena restritiva de direitos consistente em prestação pecuniária e/ou prestação de serviço à comunidade ou à entidade pública; e) do condenado beneficiado com a suspensão condicional da pena (sursis); f) do acusado, quando da suspensão condicional do processo; e g) do autor da infração, quando da transação penal e desde que a pena restritiva de direitos consista em prestação pecuniária e/ou prestação de serviço à comunidade ou à entidade pública. II – inspecionar, mensalmente, as Casas do Albergado, tomando providências para o seu adequado funcionamento, promovendo, quando for o caso, a apuração de responsabilidade e a interdição destas, no todo ou em parte, de ofício ou a requerimento, na forma dos incisos VII e VIII, do art. 66, da Lei nº 7.210, de 13 de julho de 1984; se prestem ao cumprimento de penas e medidas restritivas de direitos, de prestação de serviços à comunidade e de prestação pecuniária; IV – declarar extinta a pena, a punibilidade do infrator ou o cumprimento da suspensão condicional do processo, comunicando ao Juízo competente; e V – promover a execução das penas restritivas de direitos alusivas às Cartas Precatórias oriundas de qualquer Comarca do Estado de Alagoas, ou de outro Estado da Federação. § 1º Se constatado, no curso da fiscalização, descumprimento injustificado das condições estabelecidas ou causa de revogação obrigatória da suspensão condicional do processo, o Juiz da 11ª Vara Criminal comunicará o fato ao Juízo de origem, arquivando o processo em seguida. § 2º Na hipótese de revogação de livramento condicional ou de regressão para regime semi-aberto ou fechado, procedida pelo Juízo da 11ª Vara Criminal da Capital, o processo de execução será remetido à 16ª Vara Criminal

que não forem de competência desta serão de responsabilidade da 16ª Vara. Assim, a 16ª Vara Criminal da Capital possui competência, por exemplo, para promover a execução, decidir sobre os seus incidentes e efetuar a fiscalização do condenado a regime inicial aberto ou semiaberto, e da pessoa submetida a medida de segurança. Este último caso é o que tem relevância para o desenvolvimento do presente trabalho.

No momento da realização desta parte da pesquisa, em 2017, existiam na vara exatamente 62 processos concernentes à execução das medidas de segurança. Para localizá-los, foi feita uma consulta no Sistema de Automação da Justiça (SAJ), que é o sistema virtual interno da Justiça Estadual de Alagoas. Buscando na aba “consultas – processos avançada”, foram utilizados os seguintes filtros: vara (16ª Vara Criminal da Capital), classe (execução de medida de segurança) e assunto (medidas de segurança). A partir daí, foi encontrado o total de 62 processos, que poderiam estar em quaisquer das seguintes situações processuais: em andamento, baixado, julgado ou suspenso.

A fim de definir uma amostra representativa do universo, que, conseqüentemente, dotasse a pesquisa de confiabilidade, recorreu-se ao estudo de noções de estatística aplicada às ciências sociais³¹, que fez com que se chegasse à amostra de 38 processos. Os cálculos realizados e os caminhos utilizados serão melhor explicados no próprio item. Dentro dos processos, existiam 60 exames de verificação de cessação de periculosidade e 23 sentenças de desinternação.

Na seção quatro, busca-se compreender o panorama atual da jurisprudência concernente à desinternação dos pacientes em medida de segurança no Brasil, analisando o entendimento adotado pelo Supremo Tribunal Federal e pelo Superior Tribunal de Justiça, em contraponto à noção de periculosidade. São verificados os fundamentos que levaram aos entendimentos jurisprudenciais que limitam temporalmente as medidas de segurança. Também será feita uma pesquisa jurisprudencial a fim de verificar como está sendo aplicada a Súmula nº 527 nos tribunais brasileiros, analisando a postura adotada pelos magistrados quando é chegado o limite temporal imposto por ela à duração da medida de segurança e não há a cessação da periculosidade. Para tanto, procedeu-se à pesquisa de jurisprudência no sítio virtual de todos os tribunais.

da Capital - Execuções Penais. Art. 2º Quando aplicada isoladamente, a pena de multa será executada no próprio Órgão julgador. Em sendo caso de aplicação cumulativa, a execução da pena de multa será de competência do Juízo da 11ª Vara Criminal da Capital.

³¹ BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed. rev. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010; LEVIN, Jack; FOX, James Alan; FORDE, David R. **Estatística para ciências humanas**. Tradução de Jorge Ritter. Revisão técnica de Fernanda Bonafini. 11. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012; AGRETI, Alan; FINLAY, Barbara. **Métodos estatísticos para as ciências sociais**. Tradução de Lori Viali. 4. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

Esse item foi desenvolvido através da investigação de documentos jurídicos, mais especificamente da análise da jurisprudência, em três níveis: Supremo Tribunal Federal, Superior Tribunal de Justiça e Tribunais Estaduais. A pesquisa jurisprudencial é importante porque revela um estado de costumes e, pelo menos em tese, a decisão do juiz reflete os sentimentos da sociedade³². Além disso, a pesquisa realizada na jurisprudência dos tribunais superiores possui a peculiaridade de que, em geral, chegam até eles justamente os casos que se repetem nos tribunais de segundo grau ou os casos paradigmáticos.

Na seção cinco, é apresentada a realidade nua e crua do Centro Psiquiátrico Pedro Marinho Suruagy. Este CPJ é o único hospital de custódia e tratamento psiquiátrico do estado de Alagoas, encontrando-se localizado dentro do Complexo Penitenciário de Maceió. Tendo sido inaugurado em 02 de maio de 1978, na contramão da Reforma Psiquiátrica, é responsável pela custódia de todos os pacientes psiquiátricos em cumprimento de medida de segurança, além dos internos provisórios – aqueles que apresentam algum quadro de doença mental, mas ainda aguardam por sentença judicial. Na verdade, na prática, o CPJ funciona como o local para onde os juízes de todo o estado enviam todo indivíduo que esteja de alguma forma envolvido com o sistema penal e apresente qualquer distúrbio de natureza mental.

O Pedro Marinho Suruagy é composto por dez alas, porém algumas estão interditadas em função da situação extremamente precária em que se encontram. Uma das alas é destinada para pacientes do sexo feminino. É um lugar com estrutura precária, triste, sujo. Será apresentada a estrutura do CPJ, com a riqueza de detalhes que só a fotografia é capaz de proporcionar. Apesar das dificuldades encontradas no local para tirar as fotos, elas foram autorizadas pelo juiz da 16ª Vara Criminal da Capital.

No CPJ, foi colhida documentação referente aos dados de todos os pacientes que se encontravam internados. A partir daí, foi possível realizar um pequeno censo, que demonstrou qual o perfil populacional daqueles que se encontram no Pedro Marinho Suruagy. Ademais, foram realizadas entrevistas com profissionais do direito e com uma profissional da psicologia, a fim de obter mais informações para a pesquisa, por meio da vivência e do ponto de vista de cada um deles. Também foram entregues questionários aos funcionários do CPJ, porém poucos deles os devolveram respondidos, pois lá vige uma espécie de “lei do silêncio”. Destaque-se que tanto as perguntas para as entrevistas quanto o questionário passaram pela avaliação e aprovação do Comitê de Ética.

³² CARBONNIER, Jean. **Sociologia jurídica**. 2ª ed. Madrid: Editorial Tecnos, 1982, p. 157-158.

Em seguida, ainda na seção cinco, foi reservado um espaço importante para os estudos de caso. Ao longo desses anos de pesquisa, foi difícil selecionar as histórias a serem contadas. Mas, em função das limitações que uma dissertação de mestrado apresenta, após a análise dos processos judiciais e da oitiva dos entrevistados, foram selecionados os casos de três pacientes.

O primeiro caso diz respeito à paciente mais antiga do CPJ e foi escolhido por representar um grande problema que por muitos anos acometeu pessoas submetidas à medida de segurança em todo o Brasil. Compara-se a sua história ao conceito de “grande internação”, proposto por Virgílio de Mattos³³, que, diferentemente do grande encarceramento, não diz respeito ao crescimento desenfreado das internações, mas sim aos longos períodos de tempo aos quais os pacientes são submetidos nas medidas de segurança e, em geral, mesmo quando saem, são enviados para outro internamento, ainda que não dotado de feições penais.

O segundo caso escancara a situação de exclusão do diferente, do desconhecido, do anormal. Demonstra-se como o Centro Psiquiátrico Judiciário pode funcionar como uma nova “nau dos loucos”. Foucault³⁴ explica que, na Europa do século XV, existiam embarcações que levavam os doentes mentais para longe das cidades, dando-lhes um destino incerto por entre os mares ou os enviando para bem longe de seus parentes. Atualmente, há famílias que se valem da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) para mandar o doente mental para longe de casa, mas desta vez o destino é o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

O terceiro e último caso demonstra a ocorrência de dois graves fenômenos: a dessocialização³⁵ e a violação do direito à saúde em sua perspectiva individual. É apresentada a história de um paciente que, após passar grande parte de sua vida dentro do CPJ, saiu de lá com a saúde mental extremamente debilitada. E é reforçado então o questionamento: o internamento em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico é necessário? Ele oferece o tratamento adequado? Se, após tantos anos na instituição hospitalar penitenciária, o paciente saiu com sintomas ainda piores do que quando entrou, era mesmo necessário que ele passasse um período tão longo de sua vida no CPJ?

Por fim, levando-se em consideração todos os dados obtidos na pesquisa, são apresentadas algumas perspectivas sobre os direitos fundamentais das pessoas submetidas às medidas de segurança, além de possíveis soluções para os problemas encontrados neste lugar

³³ MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria**: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 17-18.

³⁴ FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2012, p. 09.

³⁵ RODRIGUES, Anabela Miranda. **Novo olhar sobre a questão penitenciária**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, p. 47-54.

que denominamos de cemitério dos esquecidos.

2 (DES)CAMINHOS NO TRATAMENTO DO “LOUCO INFRATOR”: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS DISCURSOS E DAS PRÁTICAS

Figura 2



Pintura feita por um dos internos. (Fonte: o autor)

O que a psiquiatria do século XIX inventou foi esta entidade absolutamente fictícia de um crime louco, um crime que seria inteiramente louco, uma loucura que nada mais é do que o crime.

Ética, Sexualidade, Política: Ditos & Escritos, V. 5,
de Michel Foucault

A presente seção tem como objetivo apresentar as práticas e os discursos no âmbito do tratamento que é conferido no Brasil aos doentes mentais que cometeram injustos penais. São contrapostos dois modelos: o modelo manicomial judiciário e o modelo desinstitucionalizador da Reforma Psiquiátrica.

Primeiramente serão analisados os fatores que deram origem às casas de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, perpassando questões que envolvem injusto penal e loucura, patologização do crime, bem como verificando como se deu a evolução da legislação penal para os doentes mentais. Em seguida, será apresentado o que é o cemitério e quem são os esquecidos que o habitam: os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico e os seus pacientes.

Como contraponto a este modelo, serão expostas as ideias da Reforma Psiquiátrica e do movimento da luta antimanicomial, que pregam a desinstitucionalização, bem como defendem que os doentes mentais sejam tratados como verdadeiros sujeitos de direitos. A partir desta perspectiva, a loucura passa a ocupar um novo lugar na sociedade: a doença passa para o segundo plano para que o indivíduo apareça enquanto sujeito dotado de dignidade. Também serão apresentados alguns reflexos desse novo modelo.

2.1 A explicação da metáfora: o cemitério dos esquecidos

2.1.1 DO SURGIMENTO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO

A partir do século XIX, a psiquiatria passou a intervir diretamente no direito penal. Os médicos da época passaram a exercer um grande poder, inclusive político, e, “como representantes oficiais de uma categoria profissional, buscavam expandir suas prerrogativas na área da medicina legal”³⁶.

A intervenção médica foi justificada pelos diversos crimes cruéis e com características comuns que ocorreram no final do século XVIII e início do século XIX. Assim é que, nesse tempo, modificou-se a jurisprudência acerca da “loucura” no âmbito penal³⁷, e a intervenção psiquiátrica, que antes era bastante tímida, e só ocorria nos casos em que se queria constatar que o agente do delito era um louco de todo gênero³⁸, demente ou débil mental, possuindo sintomas típicos de alienação mental, como surtos e delírios, passou a interferir diretamente nos julgamentos.

Os referidos crimes possuíam em comum o fato de terem sido praticados aparentemente sem qualquer motivo ou razão: eram casos em que não se podia identificar qualquer delírio subjacente, nem tampouco o mecanismo de um interesse específico³⁹ – tal como o dinheiro no roubo. Além disso, tratava-se de delitos graves, que, por vezes, contavam

³⁶ GONÇALVES, Monique de Siqueira. A loucura na fronteira entre a medicina e o direito: a *elite médica* em busca da legitimação socioprofissional nas páginas do *Annaes Brasilienses de Medicina (1860-1880)*. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol.15, nº 3, São Paulo: Escuta, p. 575-589, set. 2012, p. 579.

³⁷ FOUCAULT, Michel. A Evolução da Noção de "Indivíduo Perigoso" na Psiquiatria Legal do Século XIX. In: FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade, Política: Ditos & Escritos**, v. 5. 2ª e.d. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 03 *et seq.*

³⁸ AUGUSTO, Cristiane Brandão; ORTEGA, Francisco. Nina Rodrigues e a patologização do crime no Brasil. In: **Rev. direito GV.**, vol.7, nº 1, São Paulo: FGV, p. 221-236, jan./jun. 2011, p. 224.

³⁹ FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 141.

com traços bastante cruéis, e que normalmente ocorriam no ambiente familiar ou doméstico, muitas vezes envolvendo pais e filhos.⁴⁰

No século XIX, a psiquiatrização do delito foi inaugurada por uma verdadeira patologia do monstruoso. O indivíduo que representa o principal objeto de estudo dessa nova espécie de “ciência” não é aquele que, de forma contumaz, comete pequenos crimes, vivendo nos limites da lei, mas sim o grande monstro. Quando a nova psiquiatria é fundada, o grande assassinato monstruoso, sem qualquer motivo antecedente, que ocorre de forma inesperada, é a maneira singular e ao mesmo tempo paradoxal sob a qual se apresenta o crime patológico ou a loucura delinquente. É paradoxal porque o que a psiquiatria tentou apreender foi uma espécie de alienação mental que somente se manifestaria no momento da prática delito. Assim, era um tipo de loucura que apresentava como único sintoma o próprio crime, e que poderia vir a desaparecer depois do seu cometimento. Mas, ao mesmo tempo, situava crimes que têm por motivo algo que está fora da responsabilidade do sujeito, isto é, uma alienação que o autor muitas vezes não tem conhecimento de sua existência e que, portanto, não é capaz de dominar.⁴¹

Se no século XVIII os primeiros alienistas, sobretudo Pinel, haviam protestado contra a contínua confusão entre doentes mentais e delinquentes⁴², no século XIX se interligou quase que totalmente loucura e crime, afinal trazer o crime para o âmbito da psiquiatria era uma forma de adquirir poder e justificar este poder. Nesse cenário, a figura do médico-perito se tornou imprescindível tanto para diagnosticar a loucura, e, conseqüentemente, o potencial perigo, como para oferecer um tratamento mais adequado no que diz respeito à resposta penal pelo crime⁴³.

A primeira noção que passou a explicar o crime pela loucura foi a que diz respeito à monomania, que se constituía pela presença de um delírio parcial, relacionado a apenas uma ideia. Essa espécie de doença mental poderia se manifestar de diversas formas: monomania homicida, suicida, erótica, religiosa, entre outras. E, justamente por serem apenas parciais, esses “delírios” poderiam passar despercebidos por um longo tempo. Entretanto, para além da

⁴⁰ FOUCAULT, Michel. A Evolução da Noção de "Indivíduo Perigoso" na Psiquiatria Legal do Século XIX. In: FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade, Política: Ditos & Escritos**, v. 5. 2ª e.d. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 06 *et. seq.*

⁴¹ FOUCAULT, Michel. A Evolução da Noção de "Indivíduo Perigoso" na Psiquiatria Legal do Século XIX. In: FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade, Política: Ditos & Escritos**, v. 5. 2ª e.d. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 07.

⁴² FOUCAULT, Michel. A Evolução da Noção de "Indivíduo Perigoso" na Psiquiatria Legal do Século XIX. In: FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade, Política: Ditos & Escritos**, v. 5. 2ª e.d. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 08 *et. seq.*

⁴³ AUGUSTO, Cristiane Brandão; ORTEGA, Francisco. Nina Rodrigues e a patologização do crime no Brasil. In: **Rev. direito GV.**, vol.7, nº 1, São Paulo: FGV, p. 221-236, jan./jun. 2011, p. 224.

ideia do delírio parcial, a monomania passou progressivamente também a compreender uma perturbação da mente que não dizia respeito a desordens de inteligência ou a um delírio, e sim a atos irresistíveis e inesperados de paixões, vontades e afetos. Surgiu, então, a ideia da monomania raciocinante e da instintiva, sendo que a primeira se caracterizava pela existência de enorme lucidez e inteligência, havendo, entretanto, a presença de uma falha de caráter, uma maldade, perversão e crueldade, o que se convencionou chamar de loucura moral. A monomania instintiva, por sua vez, apresentava-se sob a forma de surtos passageiros, mas os portadores dessa anomalia psíquica normalmente levariam uma vida pacata, dentro dos padrões, mas seriam capazes de, sem qualquer motivo aparente, cometer os crimes, dos quais viriam a se arrepender, caso se recordassem do ato realizado.⁴⁴ Assim,

estão desenhadas em largos traços as duas noções que serviram muito bem aos alienistas para explicar atos criminosos, transgressores ou insólitos que se colocavam em dois contextos bastante distintos. A monomania instintiva dava conta de explicar atos considerados excessivos em relação a uma história de vida ou trajetória individual comedida, medíocre, normal. A loucura moral explicava, por seu lado, atos contextualizados por uma história individual percebida como excessiva, extravagante, excêntrica ou acidentada, frente à representação daquilo que seria o homem médio, medíocre ou normal. [...] O aparecimento da noção de monomania, visceralmente implicada na interpretação psiquiátrica de certos crimes, teve uma importância enorme na própria história da psiquiatria e de seu objeto. Foi através dela que se forjou a concepção da loucura enquanto alienação mental, ou seja, enquanto doença que não se caracteriza necessariamente pelo delírio.⁴⁵

Entretanto, em meados do século XIX, a noção de monomania passou a ser substituída pela ideia da degeneração, a qual foi formulada por Morel e consistia na transmissão hereditária dos vícios e traços mórbidos adquiridos pelos antecessores. Tal ideia se relacionava com o pecado original, o que se explicava pelo fato de Morel ter tido uma criação fortemente católica e, para ele, o homem teria sido criado perfeito, por Deus. No entanto, segundo a ideia da degenerescência, maus hábitos, tais como o abuso de bebida alcoólica, a alimentação deficitária, a condição de miserabilidade, a imoralidade, a conduta sexual desregrada, as doenças e a própria herança de uma carga de degeneração seriam responsáveis pela criação ou agravamento da alienação mental, que poderia tornar a pessoa predisposta ao cometimento de crimes. Porém, à medida que esses estigmas eram passados de geração para geração, seus efeitos tenderiam a aumentar, o que levaria à completa desnaturação daquela linhagem, podendo acarretar, inclusive, a sua extinção pela esterilidade.⁴⁶

⁴⁴ CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 69 *et seq.*

⁴⁵ CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 75.

⁴⁶ PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Morel e a questão da degenerescência. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol.11, nº 3, São Paulo: Escuta, p. 490-496, set. 2008, p. 490 *et seq.*

Assim, “a partir da noção de degeneração e das análises da hereditariedade, a psiquiatria deu lugar a uma espécie de racismo com relação ao ‘anormal’”⁴⁷, que terminaria por justificar vários projetos de intervenção social de cunho higienista que possuíam a finalidade de impedir a propagação da degeneração das raças.

Na metade final do século XIX, surgiu a Escola Positiva do Direito Penal, também chamada de Escola Cientificista, que unia a metodologia científica com o direito criminal ao defender que o caráter dos criminosos era definido pelas condições sociais, biológicas ou antropológicas.⁴⁸ A mais conhecida vertente era esta última, que foi chamada de Escola Antropológica ou Italiana, tendo como principais representantes Cesare Lombroso, que era psiquiatra, Enrico Ferri e Raffaele Garofalo, ambos juristas. Em 1870, com a publicação do *Uomo delinquente*, obra de Lombroso, surgiu a ideia do criminoso nato, que tentava explicar que a maldade estava estampada no corpo do ser humano, podendo ser visualizada a partir de algumas características comuns, tais como ausência de pelos, exagerado comprimento dos braços, maxilares desenvolvidos, etc. Essas ideias, entretanto, iam de encontro ao preceito mais básico do direito penal, segundo o qual o Estado só poderia punir aquele que era responsável por seus atos, fazendo uso de seu livre-arbítrio. Por este motivo, a doutrina positivista foi acusada de tentar subverter o direito, pois muitos juristas liberais a enxergavam como um meio para inocentar delinquentes, criando um estado de impunidade generalizada.⁴⁹

Importante ressaltar que a ideia do criminoso nato, chamada de teoria do atavismo, veio a receber numerosas críticas, sobretudo porque as características apontadas por Cesare Lombroso nos delinquentes podiam ser achadas em várias pessoas não adeptas ao crime, bem como muitos criminosos não possuíam nenhuma delas.⁵⁰ Além disso, suas ideias geravam estigmas⁵¹ em relação aos indivíduos que tinham os atributos por ele elencados.

A criação dos estigmas pelas ideias lombrosianas gerava consequências extremamente negativas na vida dessas pessoas. Devido às críticas, Lombroso fez alterações em sua versão

⁴⁷ IBRAHIM, Elza. **Manicômio judiciário**: da memória interrompida ao silêncio da loucura. Curitiba: Appris, 2014, p. 45.

⁴⁸ MARAFANTI, Ísis *et. al.* Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro. In: CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). **Medida de segurança – uma questão de saúde e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013, p. 44.

⁴⁹ CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 99 *et seq.*

⁵⁰ CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 120 *et seq.*

⁵¹ O termo “estigma” foi criado pelos gregos e se referia aos sinais no corpo que procuravam tornar evidente alguma característica ruim ou extraordinária acerca da moralidade daqueles que os possuíam. As marcas corporais eram feitas com fogo ou cortes, e serviam para avisar que o indivíduo era um delinquente, um escravo ou um traidor. Os sinais passavam a mensagem de que aquelas pessoas deveriam ser evitadas. Posteriormente, a expressão continuou a ser utilizada em todo o mundo, com um sentido semelhante ao original. In: GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008, p. 11.

original de *Uomo delinquente*, procurando aproximar o criminoso nato do degenerado, que havia sido tecido pela psiquiatria, afirmando que ele seria também um louco moral.⁵²

Dessa forma, é possível perceber que a ideia acerca do conceito de loucura passou por diversas reformulações ao longo dos séculos, muitas vezes sendo acompanhada de estigmas e preconceitos. Além do mais, ao relacioná-la diretamente com o crime, uma concepção bastante perigosa foi incutida na opinião da grande massa: a de que todo doente mental é perigoso ou, ainda, a de que todo criminoso é um doente mental. Essa ideia terminaria por influenciar diretamente no futuro dos “delinquentes” que eram também loucos.

Os chamados “crimes sem razão” e o “fenômeno da medicalização do crime” e da loucura tiveram repercussão em vários países, inclusive no Brasil, e desafiaram os conhecimentos de juristas e médicos.

É interessante citar alguns casos paradigmáticos elencados por Foucault, os quais se desenrolaram na primeira metade do século XIX:

Caso de Sélestat: na Alsácia, durante o inverno muito rigoroso de 1817, no qual a miséria ronda, uma camponesa se aproveita da ausência de seu marido que havia saído para trabalhar e mata sua filhinha, corta-lhe a perna e a cozinha na sopa. Em Paris, em 1825, uma criada, Henriette Cornier, procura a vizinha de seus patrões e lhe pede insistentemente para que ela lhe confie sua filha durante algum tempo. A vizinha hesita, mas consente; mais tarde quando ela vem buscar a criança, Henriette Cornier acabara de matá-la cortando-lhe a cabeça, que jogou pela janela. [...] Na Escócia, um tal John Howison entra em uma casa onde mata uma velha que não conhecia, e vai embora sem nada roubar e sem se esconder.⁵³

No Brasil, um caso que foi bastante veiculado pela imprensa dizia respeito a Custódio Alves Serrão, o qual, em meados do mês de abril de 1896, havia assassinado seu padrinho a tiros, sob a alegação de que ele o estava perseguindo e pretendia enviá-lo para um hospício, pois o taxava de louco. Desta feita, Custódio caiu nas malhas da lei e dos médicos-legistas. Para determinar um diagnóstico, os médicos demonstraram clara hesitação quanto à lucidez do examinado e investigaram sua vida pregressa, oportunidade em que constataram que havia um histórico familiar de “distúrbios nervosos” e que Custódio sempre fora violento, maldoso e irascível. Por fim, o acusado foi diagnosticado como sendo “um louco hereditário, sofrendo da mania dos perseguidos-perseguidores”.⁵⁴

⁵² CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 120 *et seq.*

⁵³ FOUCAULT, Michel. A Evolução da Noção de "Indivíduo Perigoso" na Psiquiatria Legal do Século XIX. *In*: FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade, Política**: Ditos & Escritos, v. 5. 2ª e.d. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 03 *et seq.*

⁵⁴ CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 127 *et seq.*

Custódio Serrão foi então enviado para o Hospício Nacional dos Alienados, designação com que era conhecido o Hospício Pedro II, localizado no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, de onde Custódio veio a fugir, sendo posteriormente trazido de volta. Tal episódio fez com que o Dr. João Carlos Teixeira Brandão, à época o responsável pela Assistência Médico-Legal a Alienados do Distrito Federal, enviasse para o Ministro da Justiça um ofício afirmando que a fuga de Custódio havia ocorrido devido à impropriedade de manter um louco-criminoso em um estabelecimento destinado para a cura de alienados. Argumentava-se que ele subvertia a ordem e a disciplina do Hospício e terminava por dificultar o tratamento dos demais pacientes.⁵⁵ Assim,

muito inocentes para ficarem nas prisões, mas muito perversos para ficarem no hospício, esses seres ambíguos deveriam, aos olhos de Brandão, ter seu destino absolutamente desvinculado do Hospício Nacional. Mais que um simples pavilhão em seu interior, seria necessária uma nova instituição. Aparece então a demanda por um “manicômio criminal”, como já vinham sendo erguidos em outros países “civilizados”.⁵⁶

Vale destacar, entretanto, que, diferentemente do que muitos psiquiatras e antropólogos da época pregavam, Brandão procurou fazer uma clara distinção entre loucos, delinquentes e loucos-criminosos, destinando os manicômios judiciais apenas a estes últimos. Desta forma,

é impossível não perceber por detrás de suas palavras a preocupação em delimitar fronteiras frente à tendência à “naturalização” do crime que caracterizava o pensamento dos antropólogos criminais e de certos médicos que comungavam com as ideias da Escola Positivista de Direito Penal. O que seria do hospício se a ele começasse a afluir toda sorte de criminosos? [...] Criminosos e loucos deveriam ser considerados espécies diferentes, reclamando formas distintas de intervenção social. Brandão se coloca assim contra a confusão entre o crime e a loucura promovida pela abordagem positivista do crime.⁵⁷

No entanto, a ideia de construir esse estabelecimento não era unânime à época, nem entre os psiquiatras. A discussão acerca de sua criação girou em torno, sobretudo, do chamado louco moral, aquele que possuía intactas a inteligência e a lucidez, mas parecia trazer em si o mal. Percebe-se, com isso, que, embora alguns – como Teixeira Brandão – tenham pensado o manicômio judicial para todo tipo de alienado delinquente ou perigoso, o asilo ia ajustando

⁵⁵ CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judicial na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 141 *et. seq.*

⁵⁶ CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judicial na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 153.

⁵⁷ CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judicial na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 154.

solidamente suas bases sobre o personagem que já se convencionou chamar de louco moral, monomaníaco, degenerado ou até criminoso nato.⁵⁸

Entretanto, enquanto não era criado o hospício criminal, os “fronteirços” eram entregues à sorte: alguns eram condenados e presos, outros eram absolvidos e mandados ao Hospício Nacional de Alienados, onde muitos permaneciam até o fim de seus dias; havia, ainda, aqueles que eram postos em liberdade após o julgamento, ou porque o mencionado Hospício não os aceitava ou porque eles fugiam enquanto o internamento era providenciado. Dessa forma, o cenário ficava repleto de contradições, o que terminou gerando uma disputa entre juristas e psiquiatras em prol da criação do manicômio judiciário, pois este passou a ser visto como a única solução capaz de resolver o impasse.⁵⁹ Assim, em 22 de dezembro de 1903, foi promulgado o Decreto nº 1132, o qual dispunha:

Art. 10. E' prohibido manter alienados em cadeias publicas ou entre criminosos.
Parapho unico. Onde quer que não exista hospicio, a autoridade competente fará alojar o alienado em casa expressamente destinada a esse fim, até que possa ser transportado para algum estabelecimento especial.

Art. 11. Enquanto não possuem os Estados manicomios criminaes, os alienados delinquentes e os condemnados alienados sómente poderão permanecer em asylos publicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem.⁶⁰

A legislação referente à organização da assistência a alienados no Brasil passou então a prever a obrigatoriedade da construção de manicômios judiciais em cada estado ou, havendo impossibilidade imediata, que fossem criados pavilhões especiais para a manutenção de loucos que tivessem cometido crimes. Foi após a edição de tal decreto que o Hospício Nacional inaugurou a Seção Lombroso, destinada a esses doentes mentais. No entanto, o problema acerca da implementação do manicômio judiciário ainda não havia se resolvido, o que só viria a ocorrer após pressões sociais, políticas e até advindas da imprensa, decorrentes, sobretudo, de dois episódios, ambos ocorridos no ano de 1919: o assassinato de Clarice Índio do Brasil – esposa de um senador da República e figura bastante famosa da alta sociedade do Rio de Janeiro – por um “degenerado” que era taquígrafo do Senado e sobre o qual pairava a possibilidade de ser absolvido; bem como a rebelião dos internos do Hospício Nacional de Alienados, comandados por Roberto Duque Estrada Godefroy, alcoólatra preso diversas vezes

⁵⁸ CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 154 *et. seq.*

⁵⁹ CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 187 *et. seq.*

⁶⁰ BRASIL, Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistencia a Alienados. *In*: CÂMARA DOS DEPUTADOS. Rio de Janeiro, 1903. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

por pequenas agressões e vadiagem. Segundo o diretor do Hospício à época, Juliano Moreira, rebeliões como aquelas ocorriam principalmente devido à presença dos criminosos loucos, os quais deveriam estar alojados em uma prisão especial, que possuísse ao mesmo tempo características de hospício e de prisão.⁶¹

No ano de 1920, foi então construído no Rio de Janeiro o primeiro manicômio judiciário do Brasil, que viria a ser inaugurado no dia 30 de maio de 1921.⁶² Neste mesmo ano, foi editado o Decreto nº 14.831, que previa o seguinte em seu artigo 1º:

Art. 1º O Manicomio Judiciario é uma dependencia da Assistencia a Alienados no Districto Federal, destinada á internação:
 I. Dos condemnados que, achando-se recolhidos ás prisões federaes, apresentarem symptomas de loucura.
 II. Dos accusados que pela mesma razão devam ser submettidos a observação especial ou a tratamento.
 III. Dos delinquentes isentos de responsabilidade por motivo de affecção mental (Codigo Penal, art. 29) quando, a criterio do juiz, assim o exija a segurança publica.
 Paragrapho unico. No primeiro caso, a internação se fará por ordem do ministro da Justiça, que a communicará ao juiz e ao representante do Ministerio Publico, para que façam constar do respectivo processo; nos dous outros, por mandato judiciario.⁶³

Com o surgimento do manicômio judiciário no Brasil, a loucura, indesejada, é então “segregada, em nome da verdade jurídica resultante de um poder científico (a medicina psiquiátrica) e de um poder legitimado (o direito penal), dos quais se vale o Estado para exercer sua força punitiva sobre os sujeitos”⁶⁴.

É possível constatar que o manicômio judiciário foi pensado inicialmente não para qualquer tipo de louco, mas sim para abrigar os “loucos morais”, hoje chamados de psicopatas, sociopatas ou portadores de transtorno de personalidade antissocial. Entretanto, como será visto adiante, o panorama atual desses manicômios, hoje chamados de casas de custódia e tratamento psiquiátrico, é bastante diferente. Apesar de terem sido criados para criminosos específicos, a grande maioria de seus internos é composta por loucos com delírios, alucinações, retardamento ou déficits intelectuais.

É importante perceber, no entanto, que muitos dos problemas da medida de segurança podem ser encontrados na origem dos manicômios judiciais, pois de uma instituição em cujo

⁶¹ CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 191 *et. seq.*

⁶² CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura**: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 194.

⁶³ BRASIL, Decreto nº 14.831, de 25 de Maio de 1921. Approva o Regulamento do Manicomio Judiciario. In: CÂMARA DOS DEPUTADOS. Rio de Janeiro, 1921. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaoorigina-l-1-pe.html>>. Acesso em: 16 mai. 2017.

⁶⁴ PIMENTEL, Elaine. Revisitando a loucura em Foucault: medidas de segurança e a grande internação. In: **Olhares Plurais - Revista Eletrônica Multidisciplinar**, Dossiê Especial: 40 anos de Vigiar e Punir, vol.1, nº 14, ano 2016, p. 170.

alicerce repousa um ser tão contraditório quanto o degenerado, louco moral ou psicopata dificilmente se esperaria algo senão a contradição, contradição esta do manicômio-prisão ou da prisão-hospício.

2.1.2 EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO PENAL DA LOUCURA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

O Código Criminal do Império do Brasil, sancionado em 16 de dezembro de 1830, baseava-se puramente nos princípios da Escola Clássica do Direito Penal, segundo a qual a pena se fundamentava na noção do livre-arbítrio, visto que possuía caráter retributivo. Portanto, a existência da loucura colocava em xeque os fundamentos da doutrina clássica, razão pela qual não eram julgados criminosos aqueles que cometessem crimes sob o estado da loucura.⁶⁵ Assim, o referido Código previa:

Art. 10. Também não se julgarão criminosos:
[...] 2º Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime. [...]

Art. 12. Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente.⁶⁶

Quando da edição do Código Criminal do Império, ainda não se discutia no Brasil a possibilidade de existência de loucos sem delírio ou alucinação. Desta forma, a presença da lucidez no momento do cometimento do delito tornava o indivíduo automaticamente um criminoso e, portanto, passível de responsabilização penal. Entretanto, como ainda não existia a previsão legal da obrigatoriedade da presença dos peritos criminais nos julgamentos para diagnosticarem a doença mental, cabia ao magistrado formular um quesito referente à sanidade mental do réu, quando lhe fosse requerido, e o “exame” seria feito diante do júri, a quem cabia apreciá-lo para decisão.⁶⁷

Em relação ao destino a ser dado aos doentes mentais que cometiam crimes, o Código previa que seriam recolhidos a casas a ele destinadas ou entregues a suas famílias, a depender

⁶⁵ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. *In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002, p. 336 *et. seq.*

⁶⁶ BRASIL, Código Criminal do Império do Brasil, de 16 de dezembro de 1830. Manda executar o Código Criminal. *In: PLANALTO*. Rio de Janeiro, 1830. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LIM/LIM-16-12-1830.htm>. Acesso em: 18 mai. 2017.

⁶⁷ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. *In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002, p. 337.

da decisão judicial. Assim, “tratava-se de uma medida humanitária – e, portanto, não de sanção – visto ser proibido julgarem-se os loucos, carecendo de mera providência policial e administrativa.”⁶⁸ Como o primeiro Hospital Psiquiátrico do Brasil só viria a ser inaugurado em 1852, o qual foi denominado Hospício Pedro II – conhecido como Hospício Nacional dos Alienados –, até então o destino dos loucos que cometessem crimes variava de acordo com sua situação social: eram justamente os pobres, que vagavam oferecendo “perigo” para a cidade, que deveriam ser controlados pela polícia e encaminhados para as prisões ou hospitais da Santa Casa.⁶⁹

No final do século XIX, Teixeira Brandão fez diversas críticas a esse Código, argumentando que

o nosso código era falho, por só contemplar o ato criminoso do alienado [...]; por não prever um lugar para o perito-psiquiatra, para avaliação do estado mental do criminoso, o que dava ao juiz um poder excessivo; e por não existirem locais específicos para os loucos-criminosos.⁷⁰

Com o fim do Império, o primeiro Código Penal da República foi promulgado em 1890 e trouxe consideráveis modificações no que diz respeito ao tratamento legal dos loucos criminosos.

Art. 7º Crime é a violação imputável e culposa da lei penal.

Art. 27. Não são criminosos:

[...] § 3º Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação;

§ 4º Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no acto de commetter o crime; [...].

Art. 29. Os individuos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues a suas familias, ou recolhidos a hospitaes de alineados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do publico.⁷¹

Deve-se ressaltar, primeiramente, que o crime passou a ser visto não só como um ato previsto em lei, mas recebeu mais um atributo, qual seja, o da imputabilidade. Desta feita, como não se pode imputar a conduta delituosa ao doente mental, ele também não pode ser considerado criminoso. Ademais, o novo Código determinava o local para o qual os loucos

⁶⁸ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 33.

⁶⁹ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002, p. 337.

⁷⁰ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002, p. 338.

⁷¹ BRASIL, Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal. In: CÂMARA DOS DEPUTADOS. Rio de Janeiro, 1890. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 19 mai. 2017.

criminosos deveriam ser enviados, caso não fossem entregues a suas famílias: o Hospital de Alienados. Portanto, “completamente fora do âmbito da sanção penal, era a estratégia alienista que deveria dar conta de seu destino”⁷². Tal previsão se justificava porque, à época, já havia chegado ao Brasil a tendência segundo a qual a medicina mental funcionaria como âmbito de higiene e controle social. Assim, o procedimento previsto no artigo 29 era “definido como uma medida preventiva”⁷³.

Neste período, juristas e psiquiatras discutiam acerca da existência da loucura moral ou degenerescência. Além disso, os peritos criminais passaram a fazer parte do cenário dos julgamentos, procurando se firmar e ocupar seu espaço, aumentando, inclusive, o poder da medicina mental. No entanto, os magistrados não aceitaram a presença deles com tanta facilidade, sobretudo porque muitos criminosos perigosos, que cometiam seus delitos com requintes de crueldade, eram absolvidos sob o argumento da insanidade trazido pelos psiquiatras. Nesta época, ainda não existia um modelo penal próprio para os loucos criminosos.

Muitas críticas foram tecidas em relação ao Código de 1890, tendo em vista que a expressão “loucos de todo gênero” – prevista no diploma legal de 1830 – foi substituída por “imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil” e, ainda, aqueles que se achavam “em estado de completa privação de sentidos e de inteligência”. Com a mudança, procurava-se delimitar a terminologia anterior, que era bastante vaga. Tal substituição, porém, teve efeito contrário àquele que era buscado, pois esse estado de completa privação dos sentidos e da inteligência acarreta a ausência da própria conduta, o que tornava impossível a ocorrência do crime; ademais, essa tese só poderia ser aplicada de forma adequada a um cadáver. Assim, esse dispositivo funcionaria, na prática, como um impeditivo para que os doentes mentais fossem absolvidos, pois fazia com que todos os loucos que não fossem portadores de imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil tivessem de ser condenados. Também a expressão prevista no parágrafo 3º do artigo 27 foi alvo de críticas, pois o Código por um lado abarcava, além de doentes mentais, casos de delírio decorrente de febre alta, epilepsia, sonambulismo e até

⁷² PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002, p. 338.

⁷³ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002, p. 342.

embriaguez completa, e, por outro lado, deixava de abarcar a imbecilidade adquirida, o que fazia com que fosse possível a imputação do crime a alguns portadores de imbecilidade.⁷⁴

Em 1903, foi publicado o Decreto nº 1132, conforme já mencionado neste trabalho, o qual disciplinava pela primeira vez a obrigatoriedade do recolhimento dos alienados criminosos em um estabelecimento ou seção a eles destinado. Esse estabelecimento era chamado de manicômio judiciário, no entanto, nesta época, ainda não havia previsão dessa instituição no Código Penal Brasileiro nem de qualquer tratamento penal específico para os doentes mentais que cometessem crimes. Apesar de diversos projetos terem sido realizados com a finalidade de adequar a legislação criminal aos avanços trazidos pela ciência, apenas com a promulgação do Código Penal de 1940 passou a existir a previsão da medida de segurança no ordenamento jurídico brasileiro.⁷⁵ É importante observar alguns dispositivos pertinentes do referido diploma legal:

Art. 1º Não há crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal.

Art. 14. Não se pune a tentativa quando, por ineficácia absoluta do meio ou por absoluta impropriedade do objeto, é impossível consumar-se o crime (artigo 76, parágrafo único, e 94, n. III).

Art. 22. 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 criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Art. 27. O ajuste, a determinação ou instigação e o auxílio, salvo disposição expressa em contrário, não são puníveis, se o crime não chega, pelo menos, a ser tentado (art. 76, parágrafo único).

Art. 76. A aplicação da medida de segurança pressupõe:

I - a prática de fato previsto como crime;

II - a periculosidade do agente.

Parágrafo único. A medida de segurança é também aplicável nos casos dos arts. 14 e 27, se ocorre a condição do n. II.

Art. 77. Quando a periculosidade não é presumida por lei, deve ser reconhecido perigoso o indivíduo, se a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir.

Art. 78. Presumem-se perigosos:

⁷⁴ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002, p 339 *et. seq.*

⁷⁵ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 33 *et. seq.*

- I - aqueles que, nos termos do art. 22, são isentos de pena;
- II - os referidos no parágrafo único do artigo 22;
- III - os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez;
- IV - os reincidentes em crime doloso;
- V - os condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfeitores.

Art. 79. A medida de segurança é imposta na sentença de condenação ou de absolvição.

Parágrafo único. Depois da sentença, a medida de segurança pode ser imposta:

- I - durante a execução da pena ou durante o tempo em que a ela se furte o condenado;
- II - enquanto não decorrido tempo equivalente ao da duração mínima da medida de segurança, a indivíduo que, embora absolvido, a lei presume perigoso;
- III - nos outros casos expressos em lei.

Art. 81. Não se revoga a medida de segurança pessoal, enquanto não se verifica, mediante exame do indivíduo, que este deixou de ser perigoso. [...]

Art. 88. As medidas de segurança dividem-se em patrimoniais e pessoais. A interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade ou associação e o confisco são as medidas da primeira espécie; as da segunda espécie subdividem-se em detentivas ou não detentivas.

§ 1º São medidas detentivas:

- I - internação em manicômio judiciário;
- II - internação em casa de custódia e tratamento;
- III - a internação em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional.

§ 2º São medidas não detentivas:

- I - a liberdade vigiada;
- II - a proibição de frequentar determinados lugares;
- III - o exílio local.⁷⁶ (grifos nossos)

No novo Código, a loucura não significava apenas um déficit no entendimento, pois, para determinar a inimputabilidade, era adotado o critério biopsicológico, segundo o qual no delito se insere um momento intelectual, que se associa com a capacidade de entender o que se passa, bem como um momento volitivo, que está relacionado com a ideia de determinação.⁷⁷ Assim, não basta que, ao tempo do crime, o indivíduo seja possua alguma doença mental (critério biológico), mas é necessário comprovar que a existência desse distúrbio afetou a capacidade de entendimento do caráter ilícito do fato ou de autodeterminação (critério psicológico). É possível perceber, portanto, que o novo Código representava um momento de transição, pois tentava conciliar a doutrina clássica, pautada na livre vontade, com a ideia trazida pelos alienistas e antropólogos do século XIX, segundo a

⁷⁶ BRASIL, Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. In: CÂMARA DOS DEPUTADOS. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacao-origina-1-pe.html>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

⁷⁷ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. In: **História, Ciências, Saúde – Mangunhos**, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002, p. 343.

qual era possível que um crime fosse determinado por causas biológicas, devido à presença de doença mental.

A partir da leitura dos dispositivos legais, salta aos olhos uma característica bastante marcante em relação à medida de segurança: a periculosidade, que passa a ser um pressuposto para a aplicação do instituto. De acordo com o texto da lei, “o agente era presumido como perigoso (art. 78), enumerando a norma situações em que obrigatória constituía a aplicação da medida de tratamento, pouco importando se presente a prévia prática delituosa”⁷⁸. Dessa forma, por ser a periculosidade presumida por lei, dispensava-se, inclusive, a ocorrência de crime para a aplicação da medida de segurança. A participação impunível, “o crime impossível e a tentativa inadequada, embora não sejam fatos criminosos, poderiam ser considerados indícios de periculosidade.”⁷⁹

Segundo a letra da lei, presumia-se que os doentes mentais – além de outros indivíduos previstos no artigo 78 – eram perigosos e só poderiam ter revogada sua medida de segurança quando deixassem de sê-lo. Outra consequência desta presunção era o fato de que o juízo de periculosidade era feito pelo próprio juiz, não sendo necessária a presença de um profissional especializado⁸⁰, apesar de os alienistas lutarem cada vez mais por seu espaço nos tribunais.

Importante destacar que no Código de 1940 vigia o sistema duplo binário, em que a medida de segurança era normatizada ao lado da pena, “tendo ora o fim de complementá-la, quando relacionada aos responsáveis, ora o objetivo de substituí-la, quando da aplicação aos irresponsáveis”⁸¹. Era possível, portanto, a aplicação da pena e da medida de segurança para um mesmo indivíduo. Esse sistema só viria a ser substituído pelo vicariante com a reforma do Código Penal ocorrida em 11/07/1984, com o advento da Lei nº 7.209, que alterou substancialmente a parte geral do diploma criminal. A partir de sua vigência, não era mais possível aplicar a medida de segurança e a pena concomitantemente. Ademais, a medida de segurança sofreu outras consideráveis modificações:

⁷⁸ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 35.

⁷⁹ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. *In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002, p. 350.

⁸⁰ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. *In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002, p. 351.

⁸¹ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 34.

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.

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

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.

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.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.⁸²

Uma grande mudança no sistema da medida de segurança diz respeito às suas espécies, pois atualmente só existem duas, quais sejam: a) internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou em outro estabelecimento adequado; b) sujeição a tratamento ambulatorial. A escolha por uma ou outra espécie é regida pelo artigo 97, *caput*, que torna regra a aplicação da internação, prevendo a possibilidade de aplicação do tratamento ambulatorial apenas para os casos em que o crime é punido com pena de detenção. Tal previsão, no entanto, é totalmente inadequada, mas vem sendo interpretada de forma mais branda pela jurisprudência, que será apresentada mais adiante.

Outro ponto que merece ser destacado é o que diz respeito à duração indeterminada da medida de segurança, que perdurará até que tenha cessado a periculosidade, o que será verificado mediante perícia médica. Devido a esta previsão – e a muitos outros pontos que serão ressaltados ao longo deste trabalho –, a medida de segurança se apresenta como um instituto altamente contraditório, repleto de problemas, sendo importante destacar, por ora,

⁸² BRASIL, Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. In: PLANALTO. Brasília, 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7209.htm>. Acesso em: 20 mai. 2017.

que diversos pacientes permanecem internados por bem mais tempo do que ficariam submetidos ao sistema penal se tivessem sido condenados e mandados a uma penitenciária comum. Durante a pesquisa, foram encontrados casos de pessoas que foram internadas no centro psiquiátrico judiciário – e lá permaneceram por anos – por terem cometido condutas tipificadas como desacato, furto, ameaça, as quais dificilmente manteriam preso alguém considerado “normal”. Outros pacientes, por sua vez, continuam na medida de segurança até o fim de suas vidas, porque não têm sua periculosidade cessada. Entretanto, o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça já possuem diversas decisões no sentido de determinar os limites máximos da medida de segurança, conforme veremos adiante.

Apesar de não haver mais no Código a previsão expressa da presunção de periculosidade e desta como requisito para a aplicação da medida de segurança, a partir da leitura do artigo 97, § 1º, pode-se perceber que ainda se fazem presentes, tendo em vista que a desinternação está subordinada à verificação da cessação da periculosidade, de onde se extrai a ideia de que todo doente mental criminoso é perigoso e é justamente isto que justifica a sua submissão e permanência no sistema penal. A ideia da periculosidade será melhor explanada na seção seguinte.

Conforme já mencionado, tramita no Congresso Nacional o projeto de reforma do Código Penal brasileiro, que foi apresentado pela comissão de juristas formada pelo Senado Federal (Projeto de Lei do Senado nº 236 de 2012), o qual, entretanto, só traz como mudança significativa a previsão de limites para a medida de segurança. No entanto, o projeto ainda traz uma possibilidade de perpetuidade da internação. Segue a redação do artigo 96 no referido projeto:

Art. 96. Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação compulsória ou o tratamento ambulatorial.

§ 1º O prazo mínimo da medida de segurança deverá ser de um a três anos.

§ 2º Cumprido o prazo mínimo, a medida de segurança perdurará enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade, desde que não ultrapasse o limite máximo:

a) da pena cominada ao fato criminoso praticado; ou
b) de trinta anos, nos fatos criminosos praticados com violência ou grave ameaça à pessoa, salvo se a infração for de menor potencial ofensivo.

§ 3º Atingido o limite máximo a que se refere o parágrafo anterior, poderá o Ministério Público ou o responsável legal pela pessoa, requerer, no juízo cível, o prosseguimento da internação. [...] ⁸³

No mais, o projeto praticamente repete a redação vigente. A partir deste cenário, percebe-se que não há efetivamente no país a intenção legislativa de pôr fim ao tão

⁸³ BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 236, de 9 de julho de 2012. Reforma do Código Penal Brasileiro. SENADO FEDERAL. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=106404>. Acesso em: 21 mai. 2017.

contraditório instituto da medida de segurança, nem tampouco de trazer mudanças substanciais.

2.1.3 PANORAMA ATUAL DOS ESTABELECIMENTOS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Apesar de o primeiro manicômio judiciário brasileiro ter sido inaugurado em 1921, no Rio de Janeiro, foi apenas no ano de 2011 que o primeiro censo realizou a contagem em âmbito nacional desses pacientes e analisou diversos outros aspectos, os quais serão tratados a seguir.

O censo foi encabeçado pela alagoana Débora Diniz, que é professora da Universidade de Brasília e pesquisadora da Anis (Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero). Criada em 1999 e possuindo sede em Brasília, a Anis foi a primeira organização não-governamental, sem fins lucrativos, que se voltou para a pesquisa, a capacitação e o assessoramento em Bioética na América Latina. Contando com uma equipe de diversas áreas, seu principal objetivo é a promoção do ensino e da pesquisa da Bioética e da Ética, de forma relacionada à temática dos direitos humanos, do feminismo e da justiça entre os gêneros.⁸⁴

O censo dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Brasil foi realizado pela Anis e financiado pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen).

O censo dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) foi um estudo quantitativo e qualitativo com técnica de análise documental dos dossiês das 3.989 pessoas que viviam nos 26 ECTPs do país em 2011. As informações levantadas foram de três tipos: 1. dados sociodemográficos (sexo, idade, cor, escolaridade e profissão), 2. dados sobre o itinerário jurídico (infração penal, motivo da internação, execução penal, permanências, desinternações e recidivas) e 3. dados sobre saúde mental (diagnósticos psiquiátricos, tipo de responsabilidade penal, exames de cessação de periculosidade, laudos médico-periciais e prazos).⁸⁵

De acordo com as informações colhidas pelos pesquisadores no censo, existem no Brasil 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, além de 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico localizadas em penitenciárias ou presídios, totalizando, assim, 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP). A maior parte desses estabelecimentos se encontra nas regiões Sudeste e Nordeste. Enquanto o Sudeste concentrava 38% (10) do total de ECTPs, o Nordeste possuía 31% (8) desses estabelecimentos. Na região

⁸⁴ Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Disponível em: <<http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=BioeticaBrasilIntegra&id=26>>. Acesso em 01 mar. 2018.

⁸⁵ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 19.

Norte, existiam 12% (3) dos ECTPs, na Região Sul, havia 12% (3), enquanto a Região Centro-Oeste possuía apenas 8% (2).⁸⁶

Os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, por sua vez, possuíam três unidades de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Os seguintes Estados, bem como o Distrito Federal, possuíam apenas um ECTP: Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Sergipe e Santa Catarina. Por sua vez, nos Estados do Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não existia qualquer Estabelecimento do gênero. Nestes locais, os indivíduos submetidos à medida de segurança possivelmente se encontrariam em presídios, delegacias, penitenciárias, demais instituições de custódia, bem como poderiam ter sido enviados para outros Estados.⁸⁷

Com o advento da Lei nº 10.216/2001, a qual será analisada mais adiante, o ordenamento jurídico brasileiro passou a dar preferência ao atendimento ambulatorial ao invés daquele com características manicomiais. Porém, a tendência, na prática, tem sido um pouco diferente. Assim, ponto bastante curioso diz respeito justamente ao fato de que

nos anos 2000, foram constituídos seis dos ECTPs do país: o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha, São Paulo, em 2001; o Centro de Apoio Médico e Pericial de Ribeirão das Neves, em 2002; a Ala de Tratamento Psiquiátrico Unidade de Saúde Mental II de Mato Grosso, em 2003; o Hospital Penitenciário Valter Alencar do Piauí, em 2004; a Enfermaria da Unidade Prisional da Capital Ênio Pinheiro, de Rondônia, em 2006; e o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará, em 2007.⁸⁸

Percebe-se, portanto, que 23% dos Hospitais de Custódia e Tratamento do Brasil foram criados durante a vigência da referida lei, chamada de Lei de Reforma Psiquiátrica, o que evidencia que a prática, neste ponto, seguiu caminho contrário ao da legislação. Com a finalidade de “proteger a sociedade, foram criados os Hospitais de Custódia, que historicamente enraizaram fundamentos jurídicos e médicos, sendo considerados sistemas híbridos, carcerário-hospitalares”⁸⁹, apesar de muito mais semelhantes a penitenciárias do que a hospitais.

No ano de 2015, foram realizadas, em âmbito nacional, inspeções aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, alas psiquiátricas e assemelhados. Essas inspeções foram

⁸⁶DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 20.

⁸⁷DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 20.

⁸⁸ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 22.

⁸⁹ RIGONATTI, Luiz Felipe *et. al.* O papel do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: previsão legal e realidade. *In*: CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). **Medida de segurança – uma questão de saúde e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013, p. 235.

feitas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em parceria com o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), entre os meses de abril e junho de 2015.

As inspeções foram realizadas por 18 Conselhos Regionais em 17 estados do país e no Distrito Federal, em instituições (definido pelos próprios regionais no mínimo um estabelecimento representativo para cada estado) onde havia cumprimento/execução de Medida de Segurança de pacientes judiciários ou portadores de sofrimento mental em conflito com a lei. Buscou-se, nesta ampla articulação e definição dos objetivos, evidenciar os impasses encontrados nestas instituições, o desrespeito aos direitos humanos, a falta de tratamento, as condições físicas, técnicas e de trabalho (sempre muito ruins), a ineficácia do dispositivo hospitalar/manicomial (um híbrido do “pior da prisão com o pior do hospital”), o instituto da Medida de Segurança enquanto pena perpétua, o mito da periculosidade presumida (nos exames de cessação de periculosidade, ainda que a presunção de periculosidade tenha sido varrida legalmente desde 1984) e, sobretudo, o descompasso entre as novas formas de abordagem, tratamento e responsabilização do louco infrator, amparadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, e outras legislações, portarias, etc.⁹⁰

Para analisar o ambiente físico dos estabelecimentos, foram utilizados índices de adequação das condições físicas das instalações. Dessa forma, foram elencados nove itens que seriam avaliados (iluminação, ventilação, temperatura, dormitório, cama, limpeza geral, conservação do edifício, mobiliário e banheiro). A cada um deles seria dada a nota +1 caso a avaliação fosse positiva e -1, se negativa. A partir daí, chegou-se à conclusão de que nenhuma das instituições alcançou o nível máximo. Na verdade, apenas dois estabelecimentos atingiram uma pontuação acima de zero, ao passo que quatro apontaram um nível de precariedade física extremo, obtendo nota -8. O Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, que é a casa de custódia e tratamento psiquiátrico de Alagoas, recebeu nota zero.⁹¹

O ambiente físico dessas instituições, de um modo geral, é extremamente precário. A maioria mantém os pacientes em celas coletivas com uma média de oito internos em cada. Os espaços não são conservados e nem possuem higiene. As camas dos internos, no mais das vezes, são de alvenaria, sem colchão ou com colchão velho e bastante sujo. Os banheiros geralmente são de uso coletivo e se apresentam imundos e malcheirosos. Em vários desses locais, são os próprios internos que ficam responsáveis pela higiene de sua cela e de suas roupas. Além disso, foi verificada a péssima qualidade e higiene das refeições.⁹²

De acordo com a inspeção, 61% dos estabelecimentos possuíam acomodações em cela.

⁹⁰ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p. 14.

⁹¹ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p. 97-98.

⁹² CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p. 133-134.

Em relação à realização de projeto terapêutico individual, constatou-se que 70% não realizavam. Também foi verificado que a dispensa de medicamentos se apresentou inadequada em 59% dos locais visitados. Ademais, constatou-se que em 65% dos estabelecimentos não havia programas, projetos ou trabalhos desenvolvidos para as famílias dos internos, enquanto 23% informaram que sim e em 12% não houve resposta.⁹³

O fato de a maioria dos alojamentos dos internos possuir grades dá a impressão de se tratar, na verdade, de um presídio. Existem, ainda, celas isoladas, destinadas aos indivíduos que apresentarem comportamento antissocial ou atentatório às regras da instituição, o que evidencia a existência de um viés punitivo na medida de segurança.⁹⁴ Ao juntar essas informações com os demais dados coletados, chega-se à conclusão de que os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico mais se assemelham a penitenciárias do que a locais propícios à realização de um tratamento minimamente digno.

Os recursos humanos dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico também foram objeto de análise da inspeção, chegando-se à seguinte conclusão:

em todos os casos o quantitativo de profissionais de saúde se mostrou insuficiente para dar conta do cuidado de todos os pacientes e em desconformidade com a Portaria GM 251/2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar. Além disso, se evidenciou um número bem maior de agentes penitenciários (611) do que de psicólogos (43), psiquiatras (77), enfermeiros (90) e auxiliares e técnicos de enfermagem (246) [...]; só foi mencionado o quantitativo de 14 terapeutas ocupacionais; só cinco (5) estabelecimentos registraram a existência de nutricionista; só foi informada uma média de 2,38 assistentes sociais por estabelecimento; em nove estabelecimentos não havia nenhum defensor público, ou assistente jurídico atuando na unidade; além de faltarem enfermeiros e médicos para completar o atendimento das emergências nos plantões. Mesmo no Hospital Nina Rodrigues, vinculado à Secretaria de Saúde, foi registrada a presença de 20 agentes penitenciários e nenhum psicólogo atuando no atendimento clínico. Além disso, foi constatado que nessa instituição não é realizado nenhum trabalho de aproximação com as famílias e, pelo contrário, foi relatado que, mesmo sendo essa instituição um estabelecimento hospitalar vinculado à Secretaria de Saúde, os familiares, ao visitarem os internados, são obrigados a passar por revista íntima.⁹⁵

O corpo técnico dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é composto por agentes penitenciários⁹⁶, que circulam livremente por um ambiente que deveria, em tese, destinar-se ao tratamento das pessoas. Há, ainda, a presença de um fator agravante nesta situação: esses agentes não recebem qualquer curso de especialização e atualização concernentes ao trato de portadores de sofrimento mental, realizando apenas cursos de

⁹³ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, *passim*.

⁹⁴ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, *passim*.

⁹⁵ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p. 132-133.

⁹⁶ CARDOSO, Danilo Almeida; PINHEIRO, Jorge de Medeiros. **Medidas de segurança: ressocialização e dignidade da pessoa humana**. Curitiba: Juruá, 2012, p. 60 *et. seq.*

reciclagem destinados à atuação penitenciária, o que mais uma vez reitera o caráter predominantemente prisional da medida de segurança. Ademais, por conviverem mais tempo com os internos, esses agentes terminam por ter que desempenhar os papéis de psicólogos ou assistentes sociais, apesar de não possuírem qualquer qualificação neste sentido.⁹⁷

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em regra possuem um corpo técnico composto pelos seguintes profissionais: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e pelo setor de segurança, que, conforme mencionado, é constituído por agentes penitenciários advindos do sistema prisional.⁹⁸ É importante destacar, no entanto, que todos os funcionários possuem como função a manutenção da calma nos estabelecimentos, evitando que os internos fujam. Dessa forma, “todos que trabalham neste tipo de instituição, desde o atendente até o médico e diretor, são antes de mais nada carcereiros. Todos trabalham em prol da instituição, e quanto mais perfeita ela se apresenta, mais opressora será”⁹⁹. Por este motivo, a instituição obedece a um regime essencialmente prisional, com muitas regras e procedimentos, possuindo horários pré-definidos para a alimentação, os banhos de sol e o “confere”, que é o momento em que os agentes penitenciários verificam e contam o número de pacientes¹⁰⁰.

Diversas violações a direitos fundamentais foram identificadas. Em dois estabelecimentos, foi denunciado o uso de taser para tentar conter pacientes em crise.¹⁰¹

Em um desses estabelecimentos, foi encontrado um paciente que já estaria isolado há cerca de três meses, período em que sua cela só teria sido limpa duas vezes, em que o paciente teria se queixado de problemas de saúde sem ter sido conduzido a um médico. Ainda nesse estabelecimento houve relatos explícitos de maus tratos por parte dos agentes penitenciários e de ameaça por parte de um dos psiquiatras, que segundo denúncia de pacientes teria dito que se eles continuassem perguntando sobre seu tempo nesta unidade, ou os deixaria ainda mais um ano, ou os deixaria no isolamento. Por último, como era de se esperar, também foi mencionado o uso excessivo de medicação e a falta de acesso à assistência médica também apareceu em outros relatos.¹⁰²

A medida de segurança se apresenta como um instituto atentatório a diversos direitos, como ocorre, por exemplo, quando os internos são chamados pelos delitos que cometeram e

⁹⁷ CARDOSO, Danilo Almeida; PINHEIRO, Jorge de Medeiros. **Medidas de segurança: ressocialização e dignidade da pessoa humana**. Curitiba: Juruá, 2012, p. 61 *et. seq.*

⁹⁸ IBRAHIM, Elza. **Manicômio judiciário: da memória interrompida ao silêncio da loucura**. Curitiba: Appris, 2014, p. 27.

⁹⁹ JUNQUEIRA, Lia. A loucura condenada. In: **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, vol.1, n.3, São Paulo: CEDEC, p. 52-56, out./dez. 1984, p. 52.

¹⁰⁰ IBRAHIM, Elza. **Manicômio judiciário: da memória interrompida ao silêncio da loucura**. Curitiba: Appris, 2014, p. 31.

¹⁰¹ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspecões aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, 135.

¹⁰² CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspecões aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, 135.

não pelos próprios nomes¹⁰³, através da censura de correspondências, exposição física dos internos, ausência de privacidade, impedimento de ter conhecimento acerca do teor de seu próprio laudo, desconhecimento de seu processo judicial¹⁰⁴, o uso de algemas para conter os pacientes que apresentam crises na doença¹⁰⁵, o uso excessivo de medicamentos, entre outras situações. Por outro lado, lhes é retirada, ainda, a esperança, tendo em vista o caráter indeterminado da medida de segurança. Essas instituições “assemelham-se mais a presídios do que a hospitais, sendo inclusive administrados pelo sistema Jurídico e não da Saúde, sendo a medida de segurança muitas vezes considerada como sentença a prisão perpétua.”¹⁰⁶

A situação vivenciada pelo portador de sofrimento mental submetido à medida de segurança necessita de mudanças urgentes, pois

a instituição total lhe tira tudo, não só a esperança. Ao ser internado, ele é despojado de suas roupas e vestido com as imensas vestimentas da instituição. A impressão que se tem é de que sua identidade fica arquivada naquele pacote; seus produtos pessoais são guardados num departamento, para só lhe serem devolvidos um dia, se de lá sair. As largas roupas o impedem de perceber as condições do próprio corpo, se engordam ou emagrecem não podem notar. O espaço ocupado é sempre o mesmo, do pátio para o dormitório e vice-versa, sendo que no pátio caminha sempre em círculo. Não tem destino o seu eterno caminhar. Os muros altos não permitem que se aviste a linha do horizonte e o pedaço do céu é sempre o mesmo. A inexistência de espelhos impede o acompanhar do próprio envelhecer.¹⁰⁷

Ademais, no que diz respeito às atividades terapêuticas, pouco é oferecido aos pacientes. E a maioria deles passa grande parte do tempo de forma bastante ociosa, perambulando pelos pátios, sentados ou deitados no chão¹⁰⁸, apesar de existirem quadras de esportes ou espaços para atividades voltadas ao entretenimento em muitos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do país.

Tais instituições totais têm como função principal a de manter indivíduos fechados, “sem liberdade de agir, pensar e participar do seu programa de vida, pois inexiste expectativa de vida. O que conta é a obediência às normas estabelecidas, sem sequer haver preocupação

¹⁰³ JUNQUEIRA, Lia. A loucura condenada. In: **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, vol.1, n.3, São Paulo: CEDEC, p. 52-56, out./dez. 1984, p. 53.

¹⁰⁴ IBRAHIM, Elza. **Manicômio judiciário**: da memória interrompida ao silêncio da loucura. Curitiba: Appris, 2014, p. 30.

¹⁰⁵ CARDOSO, Danilo Almeida; PINHEIRO, Jorge de Medeiros. **Medidas de segurança**: ressocialização e dignidade da pessoa humana. Curitiba: Juruá, 2012, p. 64.

¹⁰⁶ RIGONATTI, Luiz Felipe *et. al.* O papel do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: previsão legal e realidade. In: CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). **Medida de segurança – uma questão de saúde e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013, p. 234.

¹⁰⁷ JUNQUEIRA, Lia. A loucura condenada. In: **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, vol.1, n.3, São Paulo: CEDEC, p. 52-56, out./dez. 1984, p. 56.

¹⁰⁸ IBRAHIM, Elza. **Manicômio judiciário**: da memória interrompida ao silêncio da loucura. Curitiba: Appris, 2014, p. 29 *et. seq.*

em questioná-las, pois o menor questionamento é considerado insubordinação”¹⁰⁹, possuindo como resposta o castigo.

As inspeções tornaram possível uma conclusão de extrema importância, pois foi verificada a “total inadequação destas instituições para o atendimento das funções que lhe são atribuídas pela legislação, a falta de transparência de seus gestores com as informações sobre a situação dos pacientes lá internados e o abandono a que eles têm sido relegados”¹¹⁰ por sucessivas administrações. Portanto, faz-se imprescindível revelar as diversas violações a direitos humanos que foram encontradas nesses estabelecimentos, a fim de colocar o tema em discussão e buscar possíveis soluções.

2.1.4 OS ESQUECIDOS DO CEMITÉRIO: QUEM SÃO ELES?

Em 2011, a população total de pacientes vivendo nos 26 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico existentes no Brasil era de 3.989. Este número compreende pessoas submetidas à medida de segurança por sentença absolutória imprópria (2.839), pessoas em medida de segurança em decorrência de conversão da pena (117), bem como aquelas em situação de internação temporária (1.033) – seja porque aguardavam realização de exame de sanidade mental ou porque tinham o laudo e aguardavam decisão para o andamento do processo.¹¹¹

A população é predominantemente masculina, sendo composta por 92% (3.684) de homens e 7% (291) de mulheres. Assim, a proporção aproximada era de uma mulher para cada doze homens. Essa proporção se repete em relação às pessoas que estão submetidas às medidas de segurança. Um ponto curioso é o fato de que 14 pessoas que viviam nesses estabelecimentos não possuíam informação acerca do gênero.¹¹² São indivíduos que se encontram internados, porém seus dossiês sequer mencionam esta característica tão elementar. Se denominados esses locais de cemitérios dos esquecidos, o que se poderá dizer dessas pessoas?

A faixa etária da população também foi objeto de análise do censo:

No Brasil, 58% (2.322) das pessoas internadas tinham entre 20 e 39 anos. Entre 40 e

¹⁰⁹ JUNQUEIRA, Lia. A loucura condenada. In: **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, vol.1, n.3, São Paulo: CEDEC, p. 52-56, out./dez. 1984, p. 52 *et. seq.*

¹¹⁰ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p. 126.

¹¹¹ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 35.

¹¹² DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 36.

69 anos, havia uma concentração de 38% (1.518) dos indivíduos. A média etária da população temporária era de 35 anos, ao passo que a da população em medida de segurança era de 39 anos. Na população em medida de segurança, havia uma concentração de 42% (1.196) na faixa etária entre 40 e 69 anos, ao passo que na população temporária essa mesma faixa etária concentrava 26% (278) da população. A média etária da população era de 38 anos.¹¹³

Em relação à cor da pele, foi verificado que 44% (1.782) da população era composta por pretos e pardos, enquanto os brancos representavam 38% (1.535), 0,2% (9) era de amarelos e 0,2% (7) eram indígenas. Para 16% (621) da população total, não havia nenhum registro quanto à cor. Quando analisados somente os indivíduos em medida de segurança, a população de pretos e pardos era de 43% (1.220), e a de brancos era de 44% (1.262). Quanto ao estado civil dos internos, foi verificado que 77% (3.059) eram solteiros, 9% (354) eram casados, 5% (193) eram amasiados, 4% (153) eram divorciados, bem como 2% (60) eram viúvos. Entre a população em medida de segurança, 79% (2.234) era composta por pessoas solteiras.¹¹⁴

No que diz respeito à escolaridade, 43% (1.713) possuíam ensino fundamental incompleto, 23% (933) eram analfabetos, 13% (534) haviam completado o ensino fundamental, 6% (226) tinham concluído o ensino médio, apenas 0,8% (33) possuíam nível superior, bem como 0,03% (1) tinha pós-graduação. Não havia informação quanto à escolaridade de 14% (549) dos internos. Não existiam diferenças consideráveis de escolaridade entre homens e mulheres. No que diz respeito à profissão da população, constatou-se que 22% (875) dos indivíduos trabalhavam na produção de bens e serviços industriais, 17% (687) não possuíam profissão, 17% (687) eram trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca, 13% (519) trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados.¹¹⁵

Esses dados demonstram que os internos em medida de segurança no Brasil são predominantemente homens solteiros, com pouca ou nenhuma escolaridade e que possuíam profissões que não demandavam grandes qualificações técnicas e educacionais. Este é, de uma maneira geral, o perfil da população que vive nos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil.

Um aspecto importante que foi colhido no Censo de 2011 diz respeito à porcentagem de pessoas submetidas às medidas de segurança que cometeram injustos penais contra alguém

¹¹³ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 36.

¹¹⁴ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 38.

¹¹⁵ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 39.

de seu núcleo familiar.

Dos 2.839 indivíduos em medida de segurança no Brasil, 27% (771) cometeram infrações penais em sua rede familiar ou doméstica, ou seja, uma em cada quatro pessoas internadas teve um membro da família ou rede doméstica como vítima. Entre os homens, 26% (682) haviam cometido infração penal em sua rede familiar ou doméstica e, entre as mulheres, 41% (89) haviam cometido infração penal em sua rede familiar ou doméstica. Além disso, 45% dos que cometeram ou tentaram cometer homicídio o fizeram em sua rede familiar ou doméstica. Entre os 117 indivíduos por conversão de pena, 13% (15) cometeram infrações em sua rede familiar ou doméstica.¹¹⁶

A questão da recidiva das pessoas em medida de segurança também mereceu a atenção do Censo.

Dos 2.839 indivíduos em medida de segurança no Brasil, 69% (1.963) não haviam cometido infração penal anterior à que conduziu à medida de segurança atual e 25% (707) haviam cometido infração penal prévia. Entre os homens, 69% (1.795) e, entre as mulheres, 75% (162) não haviam cometido infração penal prévia. [...] No Brasil, 25% (707) das pessoas internadas tinham cometido infração penal prévia à medida de segurança. As principais infrações penais cometidas previamente eram crimes contra o patrimônio, com 48% (336), crimes contra a vida, com 14% (102), e crimes contra a dignidade sexual, com 11% (76).¹¹⁷

É importante salientar, ainda, que 1% das pessoas internadas em Hospitais de Custódia e Tratamento cumpria medida de segurança da espécie tratamento ambulatorial, o que é completamente anômalo, visto que este tipo de medida não é compatível com a internação. Por outro lado, 28% dos indivíduos (537) que já haviam se submetido ao exame possuíam sua periculosidade cessada, 7% (187) dos internos já tinham sentença de desinternação, bem como 2% (54 pessoas) já possuíam sua medida de segurança extinta, porém permaneciam nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.¹¹⁸ Tudo isto evidencia o descaso com o qual os pacientes em medida de segurança são tratados, pois uma porcentagem considerável desses indivíduos não deveria estar internado.

É importante salientar que, diferentemente do que se poderia pensar, a população que vive nos centros de custódia e tratamento psiquiátrico, antigos “manicômios judiciários”, não é composta pelos tão conhecidos “assassinos em série”, que planejam seus crimes com frieza e racionalidade extrema, e os cometem com requintes de crueldade. De fato, quando foram criados, esses estabelecimentos se destinavam a essas pessoas, pois nem as penitenciárias nem os manicômios comuns pareciam dar conta delas. No entanto, só devem ser submetidos às medidas de segurança aqueles que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto

¹¹⁶ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 45-46.

¹¹⁷ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 46.

¹¹⁸ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 40 *et. seq.*

ou retardado, eram, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapazes de entenderem o caráter ilícito do fato ou de determinarem-se de acordo com esse entendimento, conforme preceitua o art. 26 do Código Penal. Os mencionados “serial killers”, que possuem uma racionalidade exacerbada, não se encaixam nessa descrição.

Reitere-se que a maioria da população em medida de segurança é composta por indivíduos de classe baixa, com nenhuma ou pouca instrução, sem profissão ou com profissão que não demanda formação, e que cometeram crimes contra o patrimônio. Absolutamente diferente do que é idealizado pelo senso comum.

Apesar de existirem tantos indivíduos submetidos ao instituto da medida de segurança no país, poucas são as pessoas que possuem conhecimento acerca das condições em que eles vivem. No Brasil, dá-se pouca visibilidade à situação atual dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, bem como à de seus internos. Além do mais, dar voz e pôr em foco “uma população duplamente estigmatizada, qual seja, a de loucos e de infratores, mesmo com todas as conquistas advindas dos movimentos da reforma psiquiátrica, tem, ainda, se mostrado um trabalho desafiador”¹¹⁹.

A principal razão que diferencia e marca a gravidade da situação das internações em Hospitais de Custódia e Tratamento no país é semelhante ao cenário que torna invisível o fenômeno do aumento do encarceramento dos menores infratores, qual seja: o número consideravelmente inferior em relação ao dos adultos aprisionados¹²⁰. Assim, por representar uma população bem menor quando comparada à de pessoas nas penitenciárias comuns, a situação das doentes mentais é marcada pela invisibilidade. No entanto, na cultura dos direitos humanos, qualquer violação, ainda que a um número mais reduzido de pessoas, precisa ser enfrentada.

Feitas essas considerações, que retratam o panorama do modelo manicomial judiciário no Brasil, será apresentado a seguir um modelo que a ele se contrapõe. A partir da crítica ao poder psiquiátrico e das inovações trazidas pela Reforma Psiquiátrica e o movimento de luta antimanicomial, busca-se fazer com que a loucura passe a ocupar um novo lugar na sociedade.

¹¹⁹ RAMOS, Breno Montanari. Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil. *In*: CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). **Medida de segurança – uma questão de saúde e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013, p. 59.

¹²⁰ CARVALHO, Salo de; E WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. A punição do sofrimento psíquico no Brasil: reflexões sobre os impactos da Reforma Psiquiátrica no sistema de responsabilização penal. *In*: **Revista de Estudos Criminais**, ano XI, n. 48, São Paulo: Síntese, p. 55-90, jan./mar. 2013, p. 66.

2.2 Reforma Psiquiátrica: o novo lugar social da loucura

2.2.1 CRÍTICAS AO PODER PSIQUIÁTRICO: DESCONSTRUINDO UM SABER-PODER

Após a Segunda Guerra Mundial, o modelo manicomial tradicional passou a ser bastante criticado, sendo comparado, muitas vezes, aos campos de concentração nazistas. Uma importante obra elaborada pela jornalista brasileira Daniela Arbex¹²¹ retrata a situação trágica a que foram submetidos os internos do maior hospício do Brasil:

Lá suas roupas eram arrancadas, seus cabelos raspados e, seus nomes, apagados. Nus no corpo e na identidade, a humanidade sequestrada, homens, mulheres e até mesmo crianças viravam ‘Ignorados de Tal’; [...] comiam ratos e fezes, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violentados até a morte. [...] Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias os eletrochoques eram tantos e tão fortes que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, 16 pessoas morriam a cada dia e ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, mais de 1.800 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para 17 faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos passaram a ser decompostos em ácido, no pátio da Colônia, na frente dos pacientes ainda vivos, para que as ossadas pudessem ser comercializadas.¹²²

Junto com o modelo manicomial, o próprio paradigma psiquiátrico passou a ser questionado por autores das mais diversas áreas do saber, tais como Franco Basaglia, dentro da psiquiatria, Erving Goffman, na sociologia, e Michel Foucault, na filosofia. Seus estudos serviram como base para as crescentes críticas à institucionalização, às estruturas de poder que exercem a violência nas suas mais diversas formas frente ao indivíduo, bem como aos processos que levavam à destruição da identidade do indivíduo.

Foucault¹²³ afirmava que a psiquiatria representava uma instância médica que funcionava muito mais como um poder do que como um saber, e se realizava por meio da imposição da ordem disciplinar. De acordo com o autor, a relação de objetividade, que constituía o saber médico-psiquiátrico e funcionava como seu critério de validade, tinha como pressuposto a relação de ordem frente ao indivíduo, uma ordem que funcionava sobre seus corpos, suas mentes, sua identidade, seu tempo e seu espaço.

Antes de servir como um método de terapia, o poder psiquiátrico se apresentava como

¹²¹ ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

¹²² ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 14.

¹²³ FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 04-05.

um meio de administrar e de gerir, sendo uma forma de domínio, de subjugar o indivíduo. O poder da psiquiatria se constituiu como uma verdadeira luta contra a loucura, que foi concebida como uma espécie de vontade ilimitada, como insurreição.¹²⁴ O poder psiquiátrico criava a loucura e, ao mesmo tempo, lutava contra ela. E, para isso, o principal instrumento do qual os médicos se valiam era justamente a manicômio.

Assim se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico [...]: lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão. O grande médico do asilo [...] é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente. Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o “mestre da loucura”; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de a ter sabiamente desencadeado.¹²⁵

Partindo do interior da psiquiatria, o italiano Franco Basaglia se insurgiu contra o poder psiquiátrico. Basaglia¹²⁶ denominava os manicômios, ao lado de outras instituições, de “instituições de violência”. E assim as conceituava:

o que há em comum entre as situações reportadas [...] é a *violência exercida por aqueles que empunham a faca contra os que se encontram sob a lâmina*. [...] Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz *uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro*. [...] Os graus de aplicação dessa violência dependerão, entretanto, da necessidade que tenha aquele que detém o poder de ocultá-la ou disfarçá-la. [...] O manicômio destrói o doente mental.

Goffman, por sua vez, chamava os manicômios, juntamente com as prisões e os conventos, de “instituições totais”:

quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de *instituições totais*.¹²⁷

As instituições totais desencadeiam um processo denominado de mortificação do eu.

¹²⁴ FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 217-218.

¹²⁵ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, p. 122.

¹²⁶ BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (coord.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, p. 101.

¹²⁷ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001, p. 16.

Logo ao chegar ao hospital psiquiátrico, o paciente começa a perder sua identidade, fato este que vai sendo agravado com o passar do tempo:

o novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele. [...] A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu.¹²⁸

Após receberem diversas críticas, tanto a psiquiatria quanto o manicômio enquanto instituição passaram por uma verdadeira crise. Por estarem estreitamente ligadas, é difícil precisar qual se apresentava como causa e qual como consequência: se a crise psiquiátrica ou se a crise institucional. A verdade é que elas tinham um denominador comum, que era justamente o tipo de relação objetual que estabeleciam com o doente mental.¹²⁹

A ciência, ao considerá-lo um objeto de estudo passível de ser desmembrado de acordo com um número infinito de classificações e modalidades; a instituição, ao considerá-lo (em nome da eficiência da organização ou em nome da rotulação que confirma a ciência) um objeto da estrutura hospitalar com a qual é obrigado a se identificar... Não seria necessário, a esta altura, destruir tudo o que se fez, para evitar que se fique preso ao visgo de algo que conserva o germe (o vírus psicopatológico) dessa ciência, cujo resultado paradoxal foi a *invenção* do doente à semelhança dos parâmetros que o definiram? A realidade não pode ser definida *a priori*: no momento mesmo em que é definida, desaparece para tornar-se um conceito abstrato.¹³⁰

O poder psiquiátrico, ao atribuir ao doente mental uma identidade marginal e anormal, tornava a loucura visível e invisível ao mesmo tempo. O saber médico abria caminhos para a exclusão social do doente mental, a medicalização e a clausura nos manicômios judiciários, sempre reafirmando a necessidade de encarceramento para fazer frente à sua periculosidade social. Dessa forma, o doente mental se tornava invisível para a sociedade como um todo, mas, ao mesmo tempo, tornava-se visível e passível de intervenção médico-psiquiátrica, retirando-o do convívio social para incluí-lo em um outro lugar: um local da identidade marginal da loucura, da qual decorre o perigo e a desordem social.¹³¹

¹²⁸ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001, p. 24.

¹²⁹ BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (coord.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, p. 126.

¹³⁰ BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (coord.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, p. 126.

¹³¹ AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** [online]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Criança, mulher e saúde collection. ISBN 978-85-7541-335-7. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 15 mar. 2018.

O poder psiquiátrico não se preocupava com o doente, mas com a doença. Assim, o alienista enxergava o paciente com olhos deformados pelo seu suposto saber. Mas se este saber criou o manicômio, certamente não era um “bom saber”. Era um saber que estava bastante comprometido com a necessidade de exclusão e segregação das pessoas.¹³²

É justamente contra o poder violento e excludente exercido pela psiquiatria e pela instituição manicomial que começam a surgir as ideias reformistas e os movimentos de luta antimanicomial.

2.2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL

No Brasil, a precursora do movimento de luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica foi a psiquiatra alagoana Nise da Silveira. Ela foi responsável por humanizar o tratamento dos doentes. Era veementemente contrária às formas agressivas utilizadas para a contenção e o tratamento dos pacientes, como, por exemplo, o eletrochoque. Inspirando-se em Carl Jung, a psiquiatra maceioense, nos anos 1940, foi pioneira na terapia ocupacional, método que utiliza atividades recreativas no tratamento de distúrbios mentais¹³³, tais como a pintura. Assim,

a obra de Nise ganhou importante dimensão para a humanidade ao trazer à luz os dramas dos sujeitos psicóticos que se encontravam reduzidos aos rótulos de cronicidade demencial. Estes ressurgiram, por meio da criatividade e do acompanhamento terapêutico, como seres capazes de produzir, de interagir e de criar belíssimas obras de arte. Trata-se, portanto, de uma profunda reflexão que confrontou o universo da psiquiatria e ultrapassou os seus limites, tornando-se referência para a saúde mental, as artes, a filosofia, a antropologia e a cultura nacional.¹³⁴

No início da década de 1970, Franco Basaglia iniciou um processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos da Itália. E, baseando-se nos resultados por ele obtidos em sua prática nos manicômios, o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana impulsionou a edição, no ano de 1978, da Lei nº 180, que proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos na Itália e incentivava a desativação dos já existentes.

A Reforma Psiquiátrica representa um processo “social complexo que visa a negação e a desconstrução da instituição psiquiátrica e, ao mesmo tempo, a invenção contínua de novos

¹³² ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 151.

¹³³ **Nise da Silveira**: a mulher que revolucionou o tratamento mental por meio da arte. Disponível em: <<https://www.brasilefato.com.br/2018/02/15/nise-da-silveira-a-mulher-que-revolucionou-o-tratamento-da-loucura-por-meio-da-arte/>>. Acesso em 29 mar. 2018.

¹³⁴ MELO, Walter; FERREIRA, Ademir Pacelli. Clínica, pesquisa e ensino: Nise da Silveira e as mutações na psiquiatria brasileira. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 555-569, Dez. 2013, p. 556-557.

saberes e práticas que sejam capazes de construir, garantir e afirmar a cidadania das pessoas”¹³⁵ com doença mental.

A Reforma Psiquiátrica tem como um dos principais objetivos promover a desinstitucionalização, a qual

deve ser entendida sobretudo como um trabalho de reconstituição das pessoas enquanto pessoas que sofrem, mas também enquanto pessoas que podem viver bem em sociedade, apesar do sofrimento e de eventuais crises, a partir das relações/conexões a serem estabelecidas com elas e os mundos fora dos quais sempre estiveram: mundo do trabalho, da moradia digna, do lazer, da sociabilidade, da cidade, da liberdade.¹³⁶

No período de abertura do regime militar no Brasil, surgiram as primeiras manifestações no setor da saúde, que seguiram a trajetória de vários outros movimentos sociais do país. Nessa época, foi criado, então, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que passou a denunciar as práticas de tortura realizadas nos serviços de assistência psiquiátrica, reivindicando sua humanização, bem como melhores condições de assistência aos pacientes. Em 1987, foram realizados dois eventos demasiadamente importantes: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Este último contou com a presença não apenas de profissionais da saúde, mas de novas associações, o que faz com que se transformasse em um movimento mais amplo. Naquele mesmo ano, foi instalado o lema do movimento: “por uma sociedade sem manicômios”.¹³⁷

O movimento de luta antimanicomial, que se baseia na Reforma Psiquiátrica, critica as atrocidades cometidas no interior dos manicômios, tais como o uso de eletrochoque, a medicalização excessiva, o enclausuramento, as práticas de tortura. O manicômio funcionava como o local por meio do qual a psiquiatria, enquanto ciência da higiene pessoal, buscava controlar o louco.

Mas a luta antimanicomial não se resume a pôr fim ao hospital psiquiátrico, tendo em vista que ela busca mudanças em vários âmbitos:

do teórico ao cultural, passando pelo campo de construção de políticas e modelos de atenção. Busca-se não só constituir novas práticas no campo da assistência à saúde mental como também produzir transformações no que diz respeito ao lugar social dado à loucura, ao diferente, questionando uma cultura que estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais. Tal proposta acaba por colocar em questão valores e representações sobre a loucura há muito arraigados em nossa sociedade e que estão na base de nossa constituição como sujeitos. [...] A reaproximação dos

¹³⁵ SILVA, Alyne Alvarez. **Das vidas que não (se) contam:** dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará. Tese (Doutorado em psicologia social) – PUC-SP. São Paulo, 2015, p. 105.

¹³⁶ SILVA, Alyne Alvarez. **Das vidas que não (se) contam:** dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará. Tese (Doutorado em psicologia social) – PUC-SP. São Paulo, 2015, p. 113.

¹³⁷ LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, vol.12, nº 2, Rio de Janeiro: Abrasco, p. 399-407, mar./abr. 2007, p. 402 *et. seq.*

campos da loucura mobiliza também aspectos de ordem psíquica, o medo frente ao diferente, àquilo que por longos anos ficou depositado e recluso no interior dos muros do hospital psiquiátrico.¹³⁸

Esse movimento se justifica, sobretudo, porque, dentre as mais diversas práticas e mecanismos de poder, de exclusão e de controle que se operaram em nossa sociedade, a situação “do doente e da doença mental” se destaca em seus mais variados aspectos. Por ter sido transformada, pelo saber-poder psiquiátrico, em doença, alienação, desordem, imoralidade, desajuste, irracionalidade, maldade e perversão, a loucura abarca um conjunto de práticas, ideias e saberes que, fundamentando-se numa concepção imposta pela moral e os bons costumes, pela ordem e pelo trabalho produtivo, faz desligar, de forma violenta, os diferentes laços de construção e de pertencimento humanos. O doente mental é colocado completamente à margem da sociedade, por ser diferente, improdutivo e anormal. O hospital psiquiátrico é a representação mais profunda dessa exclusão, desse controle, desse poder e dessa violência. Dentro de seus muros, esconde-se a violência física e simbólica por meio de uma punição travestida de terapia.¹³⁹

Os reflexos da Reforma Psiquiátrica e do movimento de luta antimanicomial puderam ser vistos em várias partes do mundo. Tanto que, em 1990, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizaram a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, que ensejou na elaboração da chamada Declaração de Caracas¹⁴⁰. No encontro, foi solicitado às organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas que apoiassem a reestruturação da assistência psiquiátrica, assegurando o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região. Isto se justificou porque foi verificado:

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:
 - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
 - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
 - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e

¹³⁸ KODA, Mirna Yamazato; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *In: Cad. Saúde Pública*, vol.23, nº 6, Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, p. 1455-1461, jun. 2007, p. 1455 *et. seq.*

¹³⁹ LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, vol.12, nº 2, Rio de Janeiro: Abrasco, p. 399-407, mar./abr. 2007, p. 402.

¹⁴⁰ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Caracas**. 1990. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em 05 mar. 2018.

d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

No referido encontro internacional, houve o reconhecimento de que o modelo de saúde mental centrado nos manicômios não é capaz de fornecer um tratamento adequado aos pacientes e que, portanto, deve haver uma reestruturação e a utilização de métodos alternativos, sempre focando na garantia dos direitos humanos e na sociabilidade dos indivíduos. Declarou-se o seguinte:

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

A Reforma Psiquiátrica também teve reflexos diretos no Brasil. E, no ano de 2001, foi promulgada a Lei nº 10.216¹⁴¹, que positivou muitas de suas reivindicações, ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental.

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;

¹⁴¹ BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. PLANALTO. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 20 ago. 2017.

- 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.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. [...]

Percebe-se, portanto, que o ordenamento jurídico brasileiro passou a prever que a internação psiquiátrica só deveria ocorrer em casos excepcionais, que deverão ser devidamente fundamentados. A regra então passa a ser a do tratamento extra-hospitalar.

Houve uma verdadeira quebra de paradigmas, com a passagem da compreensão punição-contenção para a da humanização-socialização. Dessa forma, com o advento da referida lei, os doentes mentais passaram a ser colocados – ao menos no âmbito teórico – na posição de verdadeiros sujeitos de direitos.

Esta lei deveria ser aplicada, inclusive, aos doentes mentais que são submetidos às medidas de segurança, posto que o artigo 1º da Lei¹⁴² veda qualquer forma de discriminação. No entanto, pelo fato de tal instituto jurídico se basear na noção de periculosidade, seus pacientes ainda são colocados à margem desta legislação.

No entanto, na Itália, após um longo processo de mudanças e da forte atuação de movimentos em prol da luta antimanicomial, foi publicada, em 31 de março de 2015, uma lei que determinava o fechamento de todos os manicômios judiciais no país. Tal evolução só foi possível porque a Corte Constitucional Italiana iniciou uma desconstrução da relação,

¹⁴² Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

sempre afirmada e reafirmada, entre periculosidade e doença mental.¹⁴³

O Brasil, no entanto, ainda está longe de tamanho avanço, mas algumas mudanças já podem ser vislumbradas. Existem dois projetos pioneiros no país que foram inspirados na luta antimanicomial e na Reforma Psiquiátrica, os quais se apresentaram como alternativas ao tratamento de portadores de sofrimento mental em conflito com a lei. O primeiro deles vem sendo realizado em Belo Horizonte desde o ano de 2000, sendo denominado de Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (PAI-PJ), já o segundo foi criado em Goiás no ano de 2006, tendo se baseado no primeiro, e é chamado de Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), o qual “reúne os atores jurídicos e os agentes de saúde mental, com o objetivo de reintegrar o paciente judiciário no meio que vive”¹⁴⁴.

A intenção dos programas é acompanhar mais de perto e com maior frequência a situação dos portadores de doença mental, reduzindo consideravelmente o número de internações, haja vista que, segundo a Lei nº 10.216/2001, estas só devem ocorrer em casos excepcionais. Dessa forma, “a transferência de pessoa com transtorno mental condenada à medida de segurança para a rede pública de saúde – Centros de Apoio Psicossocial (CAPs) do Sistema Único de Saúde (SUS)”¹⁴⁵ – vem ocorrendo nos estados citados, entretanto ainda não se expandiu para o restante do país.

Um ponto que merece destaque é o fato de que o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, por meio da Resolução nº 05/2004¹⁴⁶, dispôs a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, buscando adequá-las à previsão contida na Lei nº 10.216/01. O item 12 da resolução prevê a desinternação progressiva como diretriz a ser aplicada às medidas de segurança:

A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica.

Posteriormente, no ano de 2010, o Conselho Nacional de Política Criminal e

¹⁴³ SILVA, Alyne Alvarez. **Das vidas que não (se) contam:** dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará. Tese (Doutorado em psicologia social) – PUC-SP. São Paulo, 2015, p. 129.

¹⁴⁴ CARVALHO, Salo de; E WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. A punição do sofrimento psíquico no Brasil: reflexões sobre os impactos da Reforma Psiquiátrica no sistema de responsabilização penal. *In: Revista de Estudos Criminais*, ano XI, n. 48, São Paulo: Síntese, p. 55-90, jan./mar. 2013, p. 87.

¹⁴⁵ CARVALHO, Salo de; E WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. A punição do sofrimento psíquico no Brasil: reflexões sobre os impactos da Reforma Psiquiátrica no sistema de responsabilização penal. *In: Revista de Estudos Criminais*, ano XI, n. 48, São Paulo: Síntese, p. 55-90, jan./mar. 2013, p. 86.

¹⁴⁶ BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 05/2004. Disponível em <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnppc-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-05-de-04-de-maio-de-2004.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

Penitenciária editou a Resolução nº 04¹⁴⁷, que prevê o seguinte:

Art. 1º - O CNPCP, como órgão responsável pelo aprimoramento da política criminal, recomenda a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança.

§ 1º - Devem ser observados na execução da medida de segurança os princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de tratamento e cuidado em saúde mental que deve acontecer de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto;

§ 2º - Devem ser também respeitadas as seguintes orientações:

I - Intersetorialidade como forma de abordagem, buscando o diálogo e a parceria entre as diversas políticas públicas e a sociedade civil e criando espaços e processos integradores de saberes e poderes;

II - Acompanhamento psicossocial contínuo, realizado pela equipe interdisciplinar que secretaria o transcurso do processo e oferece os recursos necessários para a promoção do tratamento em saúde mental e invenção do laço social possível compartilhando os espaços da cidade, bem como realiza a coleta de subsídios que auxiliem na adequação da medida judicial às condições singulares de tratamento e inserção social;

III - Individualização da medida, respeitando as singularidades psíquicas, sociais e biológicas do sujeito, bem como as circunstâncias do delito;

IV - Inserção social, que promove a acessibilidade do sujeito aos seus direitos fundamentais gerais e sociais, bem como a sua circulação na sociedade, colocando-o de modo responsável para com o mundo público;

V - Fortalecimento das habilidades e capacidades do sujeito em responder pelo que faz ou deixa de fazer por meio do laço social, através da oferta de recursos simbólicos que viabilizem a resignificação de sua história, produção de sentido e novas respostas na sua relação com o outro.

Art. 4º - Em caso de internação, mediante o laudo médico circunstanciado, deve ela ocorrer na rede de saúde municipal com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário.

Parágrafo único - Recomenda-se às autoridades responsáveis que evitem tanto quanto possível a internação em manicômio judiciário.

Art. 5º - O paciente judiciário há longo tempo internado em cumprimento de medida de segurança, ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será encaminhado para política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, conforme previsão no art. 5º da Lei 10.216, de 2001.

Art. 6º - O Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário. [...]

Assim, percebe-se que a resolução dispôs sobre a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial. Essa substituição deveria ser implantada e concluída no prazo de dez anos. A resolução prevê a mudança do modelo assistencial de tratamento em saúde mental, que deve acontecer de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto. Busca-se a intersetorialidade como

¹⁴⁷ BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 04/2010. Disponível em <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-4-de-30-de-julho-de-2010.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

forma de tratamento, o acompanhamento psicossocial contínuo, que deve ser realizado por equipe interdisciplinar, a individualização da medida, a inserção social do indivíduo, além do fortalecimento de suas habilidades e capacidades. No entanto, na prática, ainda está longe de se concretizar essa mudança.

É possível vislumbrar uma pequena mudança positiva na jurisprudência, no que diz respeito à escolha da espécie de medida de segurança a ser aplicada. Neste sentido, pode-se citar a nova jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual é cabível a aplicação do tratamento ambulatorial a pessoas que cometeram crimes cuja pena prevista é de reclusão, desde que por meio de decisão devidamente fundamentada. Este novo entendimento, cuja ementa segue abaixo, concretiza o preceito trazido pela Reforma Psiquiátrica referente ao tratamento não manicomial.

PENAL. AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. CRIME APENADO COM RECLUSÃO. INIMPUTABILIDADE. ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA. TRATAMENTO AMBULATORIAL. POSSIBILIDADE. DECISÃO DEVIDAMENTE FUNDAMENTADA. AGRAVO REGIMENTAL IMPROVIDO.

1. A definição da medida de segurança não se vincula à gravidade do delito, mas à periculosidade do agente, sendo possível ao magistrado a escolha do tratamento mais adequado ao inimputável, ainda que a ele imputado delito punível com reclusão, desde que fundamentadamente, em observância aos princípios da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade.

2. Descabida a pretensão de substituir medida de segurança detentiva por recolhimento prisional, ainda que inexistente vaga em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

3. Agravo regimental improvido. (grifos nossos)¹⁴⁸

Apesar dos avanços teóricos, nos próximos itens será possível perceber que a prática tem se mostrado bastante diferente. A Lei nº 10.216/01 ainda não é aplicada aos doentes mentais que cometem injustos penais, devido à arraigada noção da periculosidade, que será melhor explanada a seguir.

¹⁴⁸BRASIL, STJ. AgRg no REsp nº 832.848/AC, 6ª Turma, Rel. Min. Nefi Cordeiro. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

3 UNIÃO ENTRE O SABER JURÍDICO-PENAL E O SABER MÉDICO-PSIQUIÁTRICO: A NOÇÃO DA PERICULOSIDADE

Figura 3



Tela pintada por um dos internos do CPJ. (Fonte: o autor)

O saber técnico, tão característico do capitalismo moderno, penetra cada vez mais no campo das inter-relações humanas, instrumentando novas técnicas de controle sobre a população. No campo penal e penitenciário, a adoção deste instrumental tem correspondido a mudanças nos métodos de repressão, que não podem mais aparecer como violentos à primeira vista, mas dotados de um cunho científico e de métodos de atuação sobre a subjetividade do encarcerado.

Criminologia e subjetividade no Brasil, de Cristina Rauter

Nesta seção, será analisado o conceito que funciona como fundamento para a aplicação e a manutenção das medidas de segurança Brasil, qual seja: a noção de periculosidade. Assim, será apresentada a ideia de periculosidade e de sua cessação.

Inicialmente, será realizado um pequeno apanhado histórico, que demonstra como e quando surgiu a ideia de indivíduo perigoso e a noção de periculosidade, a partir da falsa concepção de que as características do crime estavam estampadas no criminoso.

Em seguida, será apresentado o conceito de periculosidade que é utilizado pela doutrina e pela jurisprudência, bem como analisar-se-á como são feitos os exames de

verificação de cessação da periculosidade no Brasil.

Por fim, tentar-se-á responder à seguinte pergunta: em que consiste, na prática, a noção da periculosidade? O que os psiquiatras levam em consideração para concluir se houve ou não a sua cessação? O conceito utilizado pela doutrina e pela jurisprudência é o mesmo do qual os peritos se valem para elaborar seus exames? Para tanto, foi realizada pesquisa numa amostra dos processos da 16ª Vara Criminal da Capital (Execução Penal) que diziam respeito à execução das medidas de segurança. Dentro dos processos, a atenção foi predominantemente voltada para os exames de verificação de cessação de periculosidade, bem como para as sentenças de desinternação e de extinção das medidas de segurança.

3.1 Do surgimento da ideia de indivíduo perigoso: os “sintomas” do crime estão no criminoso

O fenômeno do crime e a fundamentação de sua punição já foram objeto de estudo de diversas escolas penais. No entanto, uma delas mereceu especial atenção para que fosse possível desenvolver o presente estudo. Trata-se da Escola Positiva do Direito Penal (ou da Criminologia), dentro da qual surgiu o conceito de periculosidade criminal¹⁴⁹. Apesar de já ter sido feita referência a esta doutrina neste trabalho, faz-se necessário realizar uma análise um pouco mais aprofundada, com a finalidade de esclarecer as questões que circundam a noção de periculosidade.

É bem verdade que os ensinamentos deixados pela Escola Positiva influenciaram não só o surgimento dos manicômios judiciários, mas também a própria noção de crime e, sobretudo, de criminoso. Ela foi responsável pela criação da noção da periculosidade como característica intrínseca a determinadas classes de indivíduos, os quais seriam potenciais criminosos ou até criminosos natos. Para se opor ao perigo do crime e do criminoso, o Estado deveria atuar de forma mais incisiva, a fim de proteger a sociedade do mal.

No final do século XIX, Cesare Lombroso publicou a obra *L'Uomo delinquente* (O homem delinquente), a qual seria considerada a fundadora da criminologia¹⁵⁰ e da Escola Positiva. Lombroso rapidamente ganhou adeptos. Os mais famosos foram Enrico Ferri e Raffaele Garofalo.

¹⁴⁹ MECLER, Kátia. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. In: **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, 2010, p. 70-82, 20(1), p. 71.

¹⁵⁰ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 30.

Cusson¹⁵¹ esclarece que algumas características comuns uniam os pensamentos criminólogos positivistas. Primeiramente, eles se baseavam na utilização do empirismo, tendo em vista que entendiam que o pensamento abstrato e dedutivo dos clássicos era considerado mera especulação, sendo necessária a observação e a experimentação para que fosse possível apreender os fatos. Em segundo lugar, tem-se o objeto de estudo dos criminólogos, o qual deixa de ser o crime para ser o criminoso. O crime não passava de uma abstração, consistindo tão somente em um sintoma do delinquente. Assim, o que importavam eram os estudos para descobrir e identificar as características que distinguiam os indivíduos criminosos dos não-criminosos, fossem elas de índole biológica, social ou psicológica. Por fim, a Escola Positiva se baseava no determinismo, pois tinha como premissa a concepção de que o delito não resultava de uma escolha, e estava sujeito a leis deterministas. Portanto, “para os adeptos da Escola Positiva, o indivíduo não seria um ser racional agindo livremente. Importava à Ciência descobrir as causas que conduziam ao crime”¹⁵².

Os juristas brasileiros discutiram as ideais e “descobertas” de Lombroso praticamente ao mesmo tempo em que elas surgiram no continente europeu. De acordo com Rauter¹⁵³, é “um momento duplo, de constituição de um saber sobre o criminoso e de constituição do criminoso como um anormal”. Os criminólogos tentariam encontrar no agente do delito as características que o diferenciam das pessoas normais.

Para Lombroso, o criminoso não é simplesmente alguém que infringiu as normas penais, pois, na verdade, ele faz parte de uma subespécie primitiva do *Homo Sapiens*. Dessa forma, o delinquente representa um retorno a uma fase muito anterior da evolução do homem. O criminoso revelaria traços do homem primitivo, os quais seriam produto do atavismo. As características do delinquente podiam ser assim condensadas:

o criminoso-nato teria um cérebro relativamente pequeno, maxilares enormes e lábios carnudos, um queixo recuado, arcadas supraciliares salientes, braços muito longos, órbitas excessivamente grandes e cabelo abundante. A fisionomia dos criminosos varia também de acordo com os crimes cometidos. O homicida teria olhos frios, maxilares muito longos, nariz adunco e caninos muito desenvolvidos. O ladrão teria olhos pequenos, móveis e inquietos, sobrancelhas espessas, nariz achatado e fronte fugida. O retrato psicológico é menos fantasista. O criminoso sofre de uma insensibilidade que atrofia os seus sentimentos de piedade e de compaixão; é marcado pela ausência de remorso, pela impulsividade, imprevidência, egoísmo, crueldade, vaidade, intemperança, indolência, sensualidade e superstição. É dado também à tatuagem e ao calão.¹⁵⁴

Enrico Ferri, por sua vez, volta-se para o estudo dos vícios, do comportamento e dos

¹⁵¹ CUSSON, Maurice. *Criminologia*. Alfragide: Casa das Letras, 2011, p. 59-60.

¹⁵² MECLER, Kátia. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. In: **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, 2010, p. 70-82, 20(1), p. 71.

¹⁵³ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 32.

¹⁵⁴ CUSSON, Maurice. *Criminologia*. Alfragide: Casa das Letras, 2011, p. 60-61.

hábitos dos criminosos. Em sua tese de Direito, defendeu que o livre arbítrio não passava de uma ficção, que deveria ser substituída pelo conceito de responsabilidade social¹⁵⁵. Consequentemente, uma pessoa não seria julgada por ter agido em função de seu livre arbítrio, mas sim porque era perigosa para o meio social.

As ideias de Ferri também chegaram ao Brasil, e ele foi particularmente citado como o autor que descobriu que o delinquente se tratava de um anormal moral¹⁵⁶. Ferri defendia que “os criminosos são insensíveis, imprevidentes, covardes, preguiçosos, vaidosos e mentirosos. Manifestam incapacidade para o amor fino e delicado, seu apetite sexual é exagerado e tendem para o homossexualismo e a promiscuidade”¹⁵⁷.

Em Lombroso, as marcas do crime se encontram no corpo. Já em Ferri, as tendências para o cometimento do delito podem ser encontradas no comportamento humano. No entanto, foi Garofalo o responsável pela formulação do conceito de temibilidade, o qual, no entanto, foi difundido sob a nomenclatura de perigosidade ou periculosidade¹⁵⁸. No pensamento dos criminólogos positivistas, a perigosidade representava o mal que estava intrínseco em determinadas pessoas, as quais possuiriam tendência e capacidade para o cometimento de delitos. Para a Escola Positiva, “não há personalidade perigosa sem crime, nem crime que não revele uma personalidade perigosa. Para a concepção sintomatológica do crime, o facto é [...] prova de uma perigosidade efectiva”¹⁵⁹.

De acordo com Rauter¹⁶⁰, naquele momento foram esboçadas “duas noções que se tornarão chaves na criminologia: a da periculosidade ou temibilidade e os novos procedimentos de classificação dos criminosos”. As ideias da Escola Positiva transferiram o conceito de crime para dentro do corpo e da mente do criminoso. No entanto, esta ótica supostamente científica do delito partia de duas premissas equivocadas: a de que todos os crimes implicariam uma ação antissocial, e a de que toda conduta antissocial estaria relacionada a uma anormalidade, pois a sociabilidade seria inerente apenas aos indivíduos normais¹⁶¹.

Ferri, inclusive, elaborou uma classificação dos seres humanos em função de sua tendência para a prática de crimes. A partir dela, seria possível avaliar os níveis de

¹⁵⁵ CUSSON, Maurice. **Criminologia**. Alfragide: Casa das Letras, 2011, p. 68.

¹⁵⁶ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 34.

¹⁵⁷ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 34.

¹⁵⁸ RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de segurança**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1998, p. 15.

¹⁵⁹ MONTEIRO, Cristina Líbano. **Perigosidade de inimputáveis e in dubio pro reo**. Coimbra: Coimbra, 1997, p. 89.

¹⁶⁰ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 35.

¹⁶¹ SHIMIZU, Bruno. Um panorama crítico sobre o pensamento criminológico clínico no Brasil. In: SÁ, Alvino Augusto de; TANGERINO, Davi de Paiva Costa; SHECAIRA, Sérgio Salomão (Coords.). **Criminologia no Brasil: história e aplicações clínicas e sociológicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p. 194.

periculosidade, temibilidade ou antissociabilidade de cada indivíduo. Uma classe seria superior a outra em função da evolução natural. Acreditava-se que as influências do meio social eram transmitidas hereditariamente. Assim, a classe dos criminosos natos era formada por pessoas que herdaram de seus antepassados um mal moral. Para a aplicação da pena, dever-se-ia levar em consideração se se tratava de mero delinquente de ocasião ou de um criminoso nato, pois, para este último, as penas comuns não seriam capazes de conduzir a uma regeneração.¹⁶² Nesse ponto, as ideias positivistas se aproximavam da ideia da degenerescência.

A Escola Positiva propôs como solução o fato de que a política criminal deveria deixar de se pautar pela justiça e passar a ter como finalidade a defesa da sociedade contra os delinquentes que são praticamente incuráveis. Esses criminólogos buscavam o olhar para o futuro, ao invés de se ater à prática de atos passados. Criticavam o princípio da legalidade, pois entendiam que este se baseia numa concepção abstrata do crime, ignorando a periculosidade real do agente. Essa perigosidade deveria ser aniquilada a partir da adoção de medidas preventivas, eliminatórias ou terapêuticas, haja vista que as penas de caráter retributivo não eram suficientes. Assim, dever-se-ia optar pela neutralização a partir da eliminação física, da prisão perpétua, da deportação ou do internamento por tempo indeterminado em asilo.¹⁶³

A partir das ideias dos positivistas, surge e ganha força a concepção de que todo criminoso possui uma anormalidade que deve ser curada ou, ao menos, neutralizada, para que se efetive a defesa social contra o perigo intrínseco ao agente.

Tal processo desencadeou uma reflexão científica sobre as prisões, e terminou por estabelecer uma espécie de parentesco, desde sempre afirmado, entre anormalidade e delito, o qual viria a ser corriqueiramente associado à doença mental¹⁶⁴.

Essa noção de periculosidade foi inserida no Código Penal Brasileiro, porém apenas em relação aos doentes mentais.

3.2 A periculosidade sob a perspectiva do direito positivo e da jurisprudência

O ordenamento jurídico brasileiro prevê que, para que seja aplicada a medida de segurança, faz-se necessária a junção dos seguintes pressupostos: prática de uma conduta ilícita e típica (injusto penal) e a presença da periculosidade ou perigosidade¹⁶⁵ do agente,

¹⁶² RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 35-36.

¹⁶³ CUSSON, Maurice. **Criminologia**. Alfragide: Casa das Letras, 2011, p. 69-70.

¹⁶⁴ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 31.

¹⁶⁵ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 153.

sendo o primeiro elemento de caráter objetivo, e, o segundo, subjetivo.¹⁶⁶ Há quem entenda, no entanto, que a periculosidade do agente é, na verdade, o fundamento das medidas de segurança, e que o pressuposto seria a inimputabilidade¹⁶⁷.

O art. 26, *caput*, do Código Penal conceitua a inimputabilidade psíquica, determinando que 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 se determinar de acordo com esse entendimento.

O ordenamento jurídico prevê que a doença mental ou o desenvolvimento mental incompleto ou retardado são causas excludentes da culpabilidade, razão pela qual não poderá ser aplicada uma pena propriamente dita, pois, de acordo com a teoria tripartite, não houve o cometimento de um crime, mas sim de um injusto penal.

É importante destacar, neste ponto, o tratamento legal conferido à periculosidade. Portanto, segue abaixo a previsão trazida pelo Código Penal:

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.

§ 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.

§ 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. [...] (grifos nossos)¹⁶⁸

Alguns itens da Exposição de Motivos da Reforma do Código Penal também trazem previsões acerca das medidas de segurança e da noção da periculosidade:

87. Extingue o Projeto a medida de segurança para o imputável e institui o sistema vicariante para os fronteiriços. Não se retomam, com tal método, soluções clássicas. Avança-se pelo contrário, no sentido da autenticidade do sistema. A medida de segurança, de caráter meramente preventivo e assistencial, ficará reservada aos inimputáveis. Isso, em resumo, significa: culpabilidade - pena; periculosidade - medida de segurança. Ao réu perigoso e culpável não há razão para aplicar o que tem sido, na prática, uma fração de pena eufemisticamente denominada medida de segurança.

[...]

89. Duas espécies de medida de segurança o Projeto: a detentiva e a restritiva. A detentiva consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, fixando-se o prazo mínimo de internação entre um e três anos. Esse prazo tornar-se-á indeterminado, perdurando a medida enquanto não for verificada a cessação da periculosidade por perícia médica. A perícia deve efetuar-se ao término do prazo mínimo prescrito e repetir-se anualmente.

¹⁶⁶ CARDOSO, Danilo Almeida; PINHEIRO, Jorge de Medeiros. **Medidas de segurança: ressocialização e dignidade da pessoa humana.** Curitiba: Juruá, 2012, p. 48.

¹⁶⁷ CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro.** São Paulo: Saraiva, 2015, p. 499.

¹⁶⁸ BRASIL, Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, alterado pela Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. *In:* PLANALTO. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm>. Acesso em: 11 mar. 2015.

[...]

94. A liberação do tratamento ambulatorial, a desinternação e a reinternação constituem hipóteses previstas nos casos em que a verificação da cura ou persistência da periculosidade as aconselhem.

Ribeiro¹⁶⁹ entende que o Código Penal presume normativamente a periculosidade em relação aos inimputáveis que tenham praticado uma conduta típica e ilícita, no entanto preceitua que tal presunção só existirá até a realização do primeiro exame de verificação de cessação de periculosidade, o qual deverá ser realizado após o término do prazo mínimo de duração da medida de segurança, que será de um a três anos, conforme art. 97, § 1º, do CP.

Entende-se que a periculosidade é tanto um dos pressupostos da aplicação quanto o próprio fundamento das medidas de segurança. É pressuposto porque, em que pese não existir mais no Código Penal a previsão expressa da presunção de periculosidade, a partir da leitura do art. 97, § 1º, infere-se que a cessação do instituto se subordina à verificação da cessação da periculosidade. Dessa forma, se a ocorrência de determinado fato depende da cessação de um estado, desde o início se presumia a existência deste mesmo estado, pois só é possível cessar algo que já existia. Por outro lado, é fundamento justamente porque edifica todo o instituto, condicionando o seu término.

Enquanto as penas propriamente ditas são aplicadas de acordo com o sistema da culpabilidade, as medidas de segurança estão atreladas ao sistema da periculosidade.

A pena aplica-se, exclusivamente, aos responsáveis e funda-se na culpabilidade do delincente ou culpa moral do delincente. [...] Além disso, é caracterizada como uma sanção imposta a um fato concreto e passado – o crime –, de forma retributiva, aflitiva e proporcional à gravidade. [...] A medida de segurança, por sua vez, aplica-se aos semi-responsáveis e irresponsáveis, tomando como fundamento não mais a culpabilidade mas a periculosidade, “o provável retorno à prática de fato previsto como crime”. [...] 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.¹⁷⁰

Resta saber, por oportuno, o que significa exatamente esta periculosidade. Segundo Ferrari, ela se funda “na base legal de que os doentes mentais provavelmente praticarão novos ilícitos-típicos, movidos por certos apetites e impulsos, configurando-se a medida de segurança penal a modalidade sancionatória por excelência para tratá-los ou neutralizá-los.”¹⁷¹

A noção de periculosidade pode ser conceituada como a probabilidade, e não a mera

¹⁶⁹ RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de segurança**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1998, p. 39.

¹⁷⁰ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. In: **História, Ciências, Saúde – Mangueiras**, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002, p. 346.

¹⁷¹ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 157.

possibilidade, de o agente vir a cometer novos atos criminosos, ou seja, é um juízo de probabilidade de delinquência futura¹⁷². De acordo com Carvalho¹⁷³, a periculosidade é entendida como um atributo ou um estado natural do indivíduo, que faz com que ele carregue uma potencialidade para o cometimento do crime que poderá se exteriorizar a qualquer momento, em um ato que poderá causar lesão a si mesmo ou a terceiros.

A imposição das medidas de segurança “depende da possibilidade de se prognosticar o comportamento futuro do delinquente, pois uma medida de segurança só está justificada quando existe uma necessidade de proteção para o futuro”¹⁷⁴.

Este também é o entendimento do Supremo Tribunal Federal, que já decidiu que tanto a “internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico quanto o acompanhamento médico-ambulatorial pressupõem, ao lado do fato típico, a periculosidade, ou seja, que o agente possa vir a praticar outro crime”¹⁷⁵.

Monteiro¹⁷⁶ aduz que existe uma diferença entre periculosidade objetiva e subjetiva. A primeira diz respeito a uma conduta, uma situação concreta, enquanto a segunda está relacionada a uma personalidade determinada. Destaca que, em ambos os casos, trata-se de um perigo relevante para o direito penal, ou seja, há a ameaça a um ou a vários bens jurídicos. A diferença reside no fato de que no primeiro caso o perigo ao bem jurídico surge e se esgota naquela situação, enquanto que no segundo a periculosidade acompanha o agente da conduta, podendo se manifestar novamente, razão pela qual o bem jurídico continuaria em perigo, precisando de proteção enquanto perdurar o estado subjetivo de perigo.

Quando se está diante da perigosidade subjetiva, o olhar do avaliador deve se voltar para o futuro, pois projetará “aquela personalidade no horizonte do que ainda não ocorreu e procurará ajuizar sobre a eventualidade de ela vir a estar na origem de novos factos ilícito-típicos”¹⁷⁷.

Enquanto a culpabilidade se baseia no passado do agente, ou seja, no fato criminoso já

¹⁷² Neste sentido: FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 157; NUNES, Adeildo, **Execução da pena e da medida de segurança**. São Paulo: Malheiros Editores, 2012, p. 167; CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 502.

¹⁷³ CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 502.

¹⁷⁴ ANTUNES, Maria João. **O internamento de imputáveis em estabelecimentos destinados a inimputáveis**. Coimbra: Coimbra, 1993, p. 89.

¹⁷⁵ BRASIL, STF. HC nº 69375, 2ª Turma, Rel. Min. Marco Aurélio. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

¹⁷⁶ MONTEIRO, Cristina Líbano. **Perigosidade de inimputáveis e in dubio pro reo**. Coimbra: Coimbra, 1997, p. 90.

¹⁷⁷ MONTEIRO, Cristina Líbano. **Perigosidade de inimputáveis e in dubio pro reo**. Coimbra: Coimbra, 1997, p. 91.

ocorrido, a periculosidade é um juízo voltado para o futuro, para atos que podem vir a acontecer. Ademais, se por um lado a pena propriamente dita se limita à gravidade do delito praticado, a medida de segurança, por sua vez, assenta-se no nível de periculosidade com o qual o agente se apresenta à sociedade. Todo o juízo de valor sobre o inimputável se dá em razão da necessidade do isolamento do sujeito. Assim, “ser doente mental pode ser entendido como agravante nas relações criminais”¹⁷⁸.

Além do mais, a grande questão é justamente determinar, na prática, a presença e persistência da periculosidade, pois enquanto ela perdurar, sendo “assegurada por laudo psiquiátrico, o interno deverá permanecer custodiado”¹⁷⁹, o que significa que a medida de segurança de internamento dura sempre por tempo indeterminado. Desta forma, “o agente inimputável é mantido internado até que se verifique a cessação da periculosidade – mesmo que, a princípio, ele pudesse não ser perigoso no momento em que ocorreu a internação”¹⁸⁰.

Assim, dispositivo da periculosidade legitima a intervenção do direito penal no âmbito da loucura, através da união de dois campos de saber e de atuação, quais sejam: a psiquiatria e o direito. Com uma lógica distorcida que se volta para o futuro e se molda em torno da doença-perigo, há uma absolvição, mas que traz como consequência uma internação¹⁸¹. Internação esta que ora é quase prisão ora é quase hospício, onde aqueles que lhe são submetidos além de quase pacientes são também quase presidiários. Tudo isso sob o fundamento da presença da periculosidade.

É importante destacar, ainda, que a legislação brasileira reservou expressamente a característica da periculosidade apenas ao portador de doença mental¹⁸², o que termina por reforçar a ideia já arraigada na maioria da população segundo a qual loucura e perigo estão diretamente relacionados. Pode-se perceber, portanto,

que o ‘exame de verificação de cessação de periculosidade’ mostra-se como um dos dispositivos mais cruéis e perversos do campo da criminologia, oportunizando e facilitando a criminalização da doença. A aplicação de tal dispositivo faz constatar que o sujeito delinquente é portador de doença mental, donde se conclui que a

¹⁷⁸ TILIO, Rafael de. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. In: **Paidéia (Ribeirão Preto)**, vol.17, nº 37, Ribeirão Preto: EDUSP, p. 195-206, Mai./Ago. 2007, p. 202.

¹⁷⁹ NUNES, Adeildo. **Execução da pena e da medida de segurança**. São Paulo: Malheiros Editores, 2012, p. 167.

¹⁸⁰ ROESLER, Claudia Rosane; LAGE, Leonardo Almeida. A argumentação do STF e do STJ acerca da periculosidade de agentes inimputáveis e semi-imputáveis. In: **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, ano 21, nº 105, São Paulo: Revista dos Tribunais, p. 13-56, nov./dez. 2013, p. 20.

¹⁸¹ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002, p. 348.

¹⁸² COHEN, Cláudio. Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime. In: CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). **Medida de segurança – uma questão de saúde e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013, p. 31.

doença torna o sujeito perigoso e, em contrapartida, por trás do crime, há perigo de loucura. Ao tratar o conteúdo da periculosidade como diagnóstico, assume-se a conotação normativa e estigmatizante do discurso da criminologia positivista.¹⁸³

Cohen¹⁸⁴ critica essa associação, sempre reforçada, entre a doença mental e o crime. Afirma que esta relação está carregada de preconceito, e representa um pensamento estigmatizante lombrosiano, que procura o perigoso nato. O autor esclarece que não será a patologia mental a responsável por transformar uma pessoa em criminosa e que o delito não pode ser justificado como um tipo específico de doença mental. Também ressalta que, de acordo com o nosso Código Penal, uma pessoa imputável que assassinar sua família e seus vizinhos não será considerada socialmente perigosa, entretanto ela o seria se furtasse um supermercado e fosse diagnosticada com alguma doença mental.

Por ser a periculosidade “um risco e, por isso, uma incerteza que se expressará, talvez, num futuro também incerto”¹⁸⁵, o fundamento da medida de segurança se mostra bastante frágil.

3.3 A determinação da periculosidade

Os portadores de sofrimento mental, apesar de serem considerados incapazes de responder por seus atos, são vistos pelo ordenamento jurídico como potencialmente perigosos, conforme já mencionado. E tudo isso se baseia em sua imprevisibilidade e suposta tendência ao crime¹⁸⁶. Entretanto é difícil conceber a ideia pregada pelo Código Penal segundo a qual a periculosidade só é levada em consideração quando diz respeito aos doentes mentais.

No ordenamento jurídico brasileiro, a extinção da medida de segurança para determinada pessoa está diretamente vinculada à existência de um exame psiquiátrico que ateste a cessação da periculosidade do paciente, seguido de uma sentença de desinternação. Esse exame constitui uma herança da Escola Positiva de Direito Penal¹⁸⁷. É interessante observar, no entanto, que

o juiz da execução penal, desde a reforma operada pela criminologia

¹⁸³ IBRAHIM, Elza. **Manicômio judiciário: da memória interrompida ao silêncio da loucura**. Curitiba: Appris, 2014, p. 110.

¹⁸⁴ COHEN, Cláudio. Medidas de segurança. In: COHEN, Cláudio; FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marco (Orgs.). **Saúde mental, crime e justiça**. 2ª ed. rev. e atual. São Paulo: EDUSP, 2006, p. 124-125.

¹⁸⁵ PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002, p. 353.

¹⁸⁶ KOLKER, Tania. A atuação dos psicólogos no sistema penal. In: BRANDÃO, Eduardo Ponte; GONÇALVES, Hebe Signorini (org.). **Psicologia Jurídica no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU, 2004, p. 175.

¹⁸⁷ KOLKER, Tania. A atuação dos psicólogos no sistema penal. In: BRANDÃO, Eduardo Ponte; GONÇALVES, Hebe Signorini (org.). **Psicologia Jurídica no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU, 2004, p. 182.

clínico-administrativa, deixou de decidir, passando apenas a homologar laudos técnicos. Seu julgamento passa a ser informado por um conjunto de micro-decisões (micro-poderes) que sustentarão ‘cientificamente’ o ato decisório.¹⁸⁸

Foucault¹⁸⁹ afirma que os exames psiquiátricos em matéria penal possuem algumas propriedades que lhes são próprias. A primeira delas é justamente “poder determinar, direta ou indiretamente, uma decisão de justiça que diz respeito, no fim das contas, à liberdade ou à detenção de um homem”¹⁹⁰. Essa característica está diretamente relacionada aos exames de verificação de cessação de periculosidade, haja vista que o que se está em jogo é exatamente a permanência ou não do paciente no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Em relação à segunda propriedade, é preciso perguntar:

de onde vem o poder? Da instituição judiciária, talvez, mas eles o detêm também do fato de que funcionam na instituição judiciária como discursos de verdade, discursos de verdade porque discursos com estatuto científico, ou como discursos formulados, e formulados exclusivamente por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica.¹⁹¹

Justamente por possuírem esse caráter de discurso de verdade, os laudos psiquiátricos são tidos como definitivos, o que faz com que, na maioria das vezes, os peritos atuem efetivamente como juízes, tendo em vista que a sentença quase sempre repete o que está contido no exame. Por outro lado, é necessário frisar que o que o médico procura no paciente submetido à medida de segurança é o eventual perigo. Por ser um exame que busca encontrar o perigo e se opor a ele, Foucault afirma que os exames psiquiátricos são também discursos do medo. Neste sentido, o psiquiatra

fala a linguagem da criança, fala a linguagem do medo, logo ele, que é o cientista, que está ao abrigo, protegido, sacralizado até, por toda a instituição judiciária e sua espada. Essa linguagem balbuciante, que é a do exame, funciona precisamente como aquilo que vai transmitir, da instituição judiciária à instituição médica, os efeitos do poder que são próprios a uma e a outra.¹⁹²

Apesar de muito se discutir sobre a cessação ou não da periculosidade, pouco se procura saber acerca dos aspectos e procedimentos utilizados pelos peritos quando da realização dos exames. Pergunta-se: o que é avaliado para determinar se a periculosidade ainda persiste? Será que o conceito de periculosidade utilizado pela doutrina jurídica e pela jurisprudência do Supremo Tribunal Federal é a mesma que o psiquiatra faz uso quando da elaboração de seus laudos? O perito é realmente capaz de responder à pergunta formulada pelo magistrado acerca da cessação ou não da periculosidade, constatação esta que se baseia

¹⁸⁸ CARVALHO, Salo de O papel da perícia psicológica na execução penal. In: BRANDÃO, Eduardo Ponte; GONÇALVES, Hebe Signorini (org.). **Psicologia Jurídica no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU, 2004, p. 147.

¹⁸⁹ FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p.08.

¹⁹⁰ FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p.08.

¹⁹¹ FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p.08.

¹⁹² FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 45.

num juízo de prognose?

A duração das medidas de segurança passa, invariavelmente, pela realização de um juízo de prognose. No entanto, este juízo apresenta uma forte carga normativa, tendo em vista que a reação penal e a sua duração estão assentadas nessa perigosidade do indivíduo, pois sem a presunção de uma periculosidade não há imposição de medida de segurança e sem a sua permanência tal medida não pode perdurar. Assim, a decisão sobre a continuidade da periculosidade possui um carácter definitivo – pelo menos até a realização do próximo exame de verificação –, o que agiganta a relevância da dúvida porventura existente.¹⁹³ Aqui, a prognose decide a própria duração da intervenção penal na vida do doente mental.

O legislador, ao trazer a previsão da necessidade de cessação da periculosidade para a desinternação do agente, passou para o perito a decisão acerca da manutenção ou não da medida. Em que pese ser possível o magistrado decidir de forma diferente da conclusão estampada pelo psiquiatra no laudo, raros são os casos em que isso acontece. Desta forma, o texto jurídico trouxe uma previsão cuja norma, na maioria dos casos, terá de ser encontrada após a avaliação realizada pelo perito.

Como todo juízo de prognose, o exame de verificação de cessação de periculosidade possui algumas questões problemáticas que lhe são intrínsecas. Com efeito,

o juízo sobre acontecimentos futuros não regidos por leis necessárias é inevitavelmente problemático. Só pode prever sem risco de falhar quando essa previsão de baseia em factos comprovados, aos quais se sabe seguirem-se outros, como efeito próprio e inescapável dos primeiros. Todas as outras prognoses admitem a possibilidade de virem a verificar-se, afinal, acontecimentos diversos dos preditos.¹⁹⁴

É importante destacar que, no caso específico da avaliação da periculosidade, trata-se de uma decisão que diz respeito à própria liberdade do indivíduo, que deve ser cerceada em nome da “segurança social”. Consequentemente, um suposto “erro” de prognose terminaria por gerar uma injustificada intervenção na liberdade, impondo uma privação prolongada.

Entretanto, deve-se atentar para uma problemática própria dos juízos de previsão, que diz respeito justamente à questão da possibilidade do erro. Todos as prognoses são, invariavelmente, decisões de risco. Neste sentido, Monteiro¹⁹⁵ afirma que, em bem verdade, os erros de prognose não existem, pois nunca se chegará a saber se a pessoa que foi internada iria ou não cometer um novo fato ilícito-típico se tivesse sido deixado em liberdade. Assim, em

¹⁹³ MONTEIRO, Cristina Líbano. **Perigosidade de inimputáveis e *in dubio pro reo***. Coimbra: Coimbra, 1997, p. 82.

¹⁹⁴ MONTEIRO, Cristina Líbano. **Perigosidade de inimputáveis e *in dubio pro reo***. Coimbra: Coimbra, 1997, p. 92.

¹⁹⁵ MONTEIRO, Cristina Líbano. **Perigosidade de inimputáveis e *in dubio pro reo***. Coimbra: Coimbra, 1997, p. 94-95.

bom rigor, o prognóstico não é certo nem errado em si mesmo, tendo em vista que não se pode utilizar como critério de correção a comparação entre o que se previu e o que efetivamente veio a ocorrer. Não se deve falar, portanto, em previsão certa ou errada, mas sim em razoável ou não razoável, de acordo com os dados disponíveis no momento da avaliação. Portanto, é possível falar em um prognóstico considerado “correto” mesmo nos casos em que os acontecimentos futuros vierem a contradizê-lo.

Dito isto, a questão que se põe em destaque é definir critérios prévios e objetivos que tornem possível aferir a razoabilidade da prognose, pois, sem esses critérios, estar-se-ia diante de mera previsão arbitrária, desprovida de qualquer fundamentação racional. Este tipo de prognose não pode ser admitida em um Estado Democrático de Direito, haja vista que violaria diversos direitos e garantias constitucionais, como, por exemplo, o princípio da legalidade e a dignidade da pessoa humana.

Cohen¹⁹⁶ afirma que “a periculosidade é algo intrínseco a qualquer ser humano, e, portanto, somos todos potencialmente perigosos” e acrescenta que tentar prever as condutas futuras de alguém é extremamente difícil e uma tarefa bastante complexa. No entanto é isto o que a justiça cobra do perito: a afirmação sobre a cessação ou não da periculosidade.¹⁹⁷

Monteiro¹⁹⁸ entende que as perícias médico-psiquiátricas são frequentemente incapazes de responder às perguntas do magistrado com certezas. Tal incapacidade possui causas diversas. Certas vezes, a resposta é condicionada pela própria filiação de escola do perito. Assim, a resposta pode ser diferente de acordo com a linha a que o psiquiatra está atrelado. Este seria, conseqüentemente, o primeiro domínio de insegurança para o juiz. Outras dúvidas são acrescentadas quando se passa do pedido de mero diagnóstico para o pedido de prognóstico. Aqui, a pergunta formulada pelo magistrado é mais ou menos a seguinte: qual é o presumível comportamento futuro deste doente mental? Para tentar responder a esta questão, o psiquiatra poderá tomar como auxílio o método estatístico, sem deixar de levar em consideração, é claro, seus recursos científicos próprios e a individualidade da pessoa que está sendo avaliada. Entretanto, muitas vezes o perito não conseguirá dar a certeza da probabilidade.

De acordo com referida autora, há um último problema que pode tornar equivocado o resultado da perícia destinada à averiguação da periculosidade, que diz respeito justamente à diversidade de pontos de vista acerca do mesmo objeto de análise, por parte dos psiquiatras e

¹⁹⁶ COHEN, Cláudio. Medidas de segurança. In: COHEN, Cláudio; FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marco (Orgs.). **Saúde mental, crime e justiça**. 2ª ed. rev. e atual. São Paulo: EDUSP, 2006, p. 128.

¹⁹⁷ COHEN, Cláudio. Medidas de segurança. In: COHEN, Cláudio; FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marco (Orgs.). **Saúde mental, crime e justiça**. 2ª ed. rev. e atual. São Paulo: EDUSP, 2006, p. 128.

¹⁹⁸ MONTEIRO, Cristina Líbano. **Perigosidade de inimputáveis e in dubio pro reo**. Coimbra: Coimbra, 1997, p. 99-100.

dos profissionais do direito. Trata-se da questão do perigo da definição médica de periculosidade. A avaliação do perito tem um caráter instrumental – pelo menos em tese – em relação à boa decisão judicial. O que o magistrado espera é que o psiquiatra forneça a base científica essencial para que ele possa verificar a presença ou não da periculosidade normativa e, assim, tomar a decisão adequada quanto à manutenção ou não da medida de segurança. Por este motivo, deve ser diferente o comportamento do médico quando elabora este tipo de exame ou quando está atendendo um paciente em uma consulta. Nesta última situação, o foco será, indiscutivelmente, o tratamento. Portanto, após o diagnóstico da doença, ele irá prescrever os medicamentos e as medidas adequadas para a realização desse tratamento. O critério então utilizado será a maior eficácia de cura. Raciocínio diferente é aplicado quando o doente mental chega até o psiquiatra através das instâncias formais de controle. Aqui, não está em causa apenas a saúde e o tratamento do indivíduo, mas também – e de forma preponderante – a suposta segurança da comunidade. Em última análise, não interessa ao direito penal se aquela determinada pessoa precisa ou não de um tratamento, pois a manutenção da interferência no seu direito à liberdade só ocorrerá se ele se apresentar como uma ameaça grave à comunidade. A fim de ilustrar, pode-se citar a situação em que o psiquiatra concluir pela contundente probabilidade de o doente mental atentar contra sua própria vida, caso em que a decisão judicial deverá ser pela sua desinternação. Entretanto, não pairarão dúvidas acerca da necessidade de tratamento daquele indivíduo.¹⁹⁹

Feitas essas considerações, Monteiro²⁰⁰ conclui que o perito psiquiatra deve conhecer todo esse panorama, a fim de que possa se adaptar às peculiaridades de seu trabalho: deve entender que a perícia não é um ato médico propriamente dito e que a periculosidade criminal não deve ser concebida como tratamento psiquiátrico justificado. É importante atentar para o fato de que “a periculosidade é, nesse contexto, um conceito jurídico (e não médico ou psicológico) implicando na capacidade de se prever o comportamento futuro do sujeito submetido à medida de segurança”²⁰¹.

Mecler²⁰², a partir de pesquisa empírica realizada em 114 exames de verificação de cessação de periculosidade no Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro, chegou à conclusão de que tais exames não possuem sistematização em relação a um

¹⁹⁹ MONTEIRO, Cristina Líbano. **Perigosidade de inimputáveis e in dubio pro reo**. Coimbra: Coimbra, 1997, p. 101.

²⁰⁰ MONTEIRO, Cristina Líbano. **Perigosidade de inimputáveis e in dubio pro reo**. Coimbra: Coimbra, 1997, p. 102.

²⁰¹ MECLER, Kátia. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. In: **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, 2010, p. 70-82, 20(1), p. 75.

²⁰² MECLER, Kátia. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. In: **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, 2010, p. 70-82, 20(1), p. 75-77.

padrão formal. Na verdade, de uma forma geral eles são bem rasos em relação às informações, apesar de que deveriam conter o registro na íntegra do procedimento pericial. A autora também pôde concluir que um dos fatores mais importantes que aparecia nos laudos era a situação sócio-familiar do interno, ou seja, aparentemente a existência de uma família atuante e presente influenciava de forma decisiva para conclusão do psiquiatra. Além do mais,

a análise dos laudos resultante da grade de critérios adotada indicou que em linhas gerais os critérios mais utilizados na avaliação de periculosidade foram a presença ou ausência de sintomatologia produtiva e negativa, o comportamento do periciado na instituição, e a existência ou não de apoio sócio-familiar. [...] Não é de se espantar o fato de ter encontrado um grande número de pacientes cronicados no manicômio e com permanência maior que cinco anos.²⁰³

Outra variável para a determinação da cessação da periculosidade foi verificada, evidenciando mais uma contradição:

uma outra variável apontada por alguns peritos é a presença dos sintomas negativos (defeito), que deixaria os pacientes menos perigosos do que a população em geral. “... do ponto de vista psiquiátrico especificamente, um esquizofrênico residual ou com defeito, com certeza encontra-se em um estado muito mais grave do que alguém que só teve um ou dois surtos. Do ponto de vista legal, um esquizofrênico com defeito, encontra-se em uma situação muito menos grave do que um paciente que já teve um ou dois surtos...” Neste caso, um “tratamento” que catalise o processo de cronificação de um paciente poderia ser visto como algo positivo, uma vez que anularia a periculosidade destes indivíduos. Ao comentar com um perito esta impressão que já havia tido ao analisar os laudos, este perito surpreso comenta: “Paradoxo curioso. Para não ser perigoso, vamos deixar bem ruinzinho, com sintomas negativos.”²⁰⁴

A partir de pesquisa doutrinária, foi possível constatar que tradicionalmente o exame para constatar a cessação da periculosidade é realizado de forma subjetiva, a partir de meras presunções²⁰⁵, tendo em vista que “legalmente não existe um guia para o perito realizar sua avaliação e essa falta de definição faz com que o mesmo acabe usando seu próprio julgamento (no caso clínico) do que deveria ser considerado uma conduta perigosa”²⁰⁶. Desta forma,

não há uma padronização na forma da avaliação no país. Há alguns livros e artigos de autores da área que sugerem formatos de laudos e pareceres, bem como questões a serem respondidas e itens a serem avaliados. Contudo, há liberdade e autonomia, [...] inclusive na interpretação e leitura que se faz dos dados colhidos e do contato com o paciente, onde entra uma certa subjetividade, inerente à especialidade. Os operadores do Direito [...] cobram, por sua vez, respostas objetivas e taxativas, dicotômicas: “periculosidade cessada” ou “periculosidade não cessada” [...]. O resultado são laudos muitas vezes discrepantes, adotando escolas e leituras diversas, prolongamento de

²⁰³ MECLER, Kátia. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. In: **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, 2010, p. 70-82, 20(1), p. 77.

²⁰⁴ MECLER, Kátia. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. In: **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, 2010, p. 70-82, 20(1), p. 79.

²⁰⁵ TEOTÔNIO, Paulo José Freire; E SILVA, Bruna Carolina Oliveira. Medidas de Segurança: Considerações Sobre a Razoabilidade e Proporcionalidade da Aplicação. In: **Revista Magister de Direito Penal e Processual Penal**, ano 8, nº 45, Porto Alegre: Magister, p. 46-60, dez./jan. 2012, p. 52.

²⁰⁶ ROVINSKI, Sonia Liane Reichert. **Fundamentos da perícia psicológica forense**. São Paulo: Vetor, 2004, p. 114.

internações (*in dubio, pro societate*) [...].²⁰⁷

Neste mesmo sentido, Karam defende que

a ideia de “periculosidade” não se traduz por qualquer dado objetivo. Ninguém pode concretamente demonstrar que A ou B, psiquicamente capaz ou incapaz, vá ou não realizar uma conduta ilícita no futuro. Já por isso, tal ideia se mostra incompatível com a precisão que o princípio da legalidade exige na elaboração da lei, especialmente em matéria penal (a taxatividade ou mandado de certeza). A suposta “periculosidade” do inimputável não tem qualquer base científica; é uma vazia presunção; não passa de uma ficção fundada no preconceito ou na credence que identifica o “louco” – ou quem quer que apareça como “diferente” – como “perigoso”.²⁰⁸

Após a realização do Censo 2011 pelo Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (Anis), Diniz²⁰⁹ chegou a uma conclusão extremamente relevante acerca da relação entre periculosidade e doença mental. De acordo com a pesquisadora, não existem evidências científicas na literatura internacional que amparem a perigosidade de uma pessoa como uma condição ligada à classificação psiquiátrica para a doença mental. A ideia da periculosidade não passa de um dispositivo de poder e de controle de seres humanos, uma noção em constante disputa entre o saber médico-psiquiátrico e o saber jurídico-penal. A autora defende que foi em torno desse dispositivo que se anunciou o mais importante resultado do censo: diagnóstico psiquiátrico e espécie de delito não andam juntos, pois pessoas com diferentes diagnósticos cometem os mesmos injustos penais. Assim, é possível afirmar que não existe perigosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos. A doença mental não é determinante para a infração penal cometida pelo doente mental. São indivíduos que, em sofrimento mental, vêm a cometer algum injusto penal, provavelmente em decorrência da ausência de tratamento de saúde adequado, da situação de abandono de redes sociais e familiares de cuidado e proteção, bem como da carência de políticas sociais eficazes para essa população.

Lebre²¹⁰ faz uma crítica à noção de periculosidade, tendo em vista que entende que este argumento, além de revigorar e legitimar, acaba por descortinar o controle social do indesejado, que muitas vezes tem sido o principal papel desempenhado pelo sistema penal. Ainda de acordo com o autor, o Direito Penal moderno tem em suas bases a noção constitucional de culpabilidade, que proíbe que a persecução penal se baseie em aspectos

²⁰⁷ RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. Avaliação de risco do paciente em medida de segurança. *In: CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). Medida de segurança – uma questão de saúde e ética.* São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013, p. 146.

²⁰⁸ KARAM, Maria Lúcia. A Reforma das Medidas de Segurança. *In: Revista da EMERJ*, v. 15, nº 60, Rio de Janeiro: EMERJ, p. 108-114, out./dez. 2012, p. 112.

²⁰⁹ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011.** Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 15-16.

²¹⁰ LEBRE, Marcelo. Medidas de segurança e periculosidade criminal: Medo de quem? *Revista Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 273-282, set. 2012/fev. 2013, p. 277-278.

externos ao delito. Neste sentido, o Estado Democrático de Direito tem como pressuposto o fato de que os indivíduos só podem ser julgados e punidos por aquilo que fizeram, e nunca por aquilo que possam vir a fazer.

Por mais que se tente atenuar a subjetividade na definição do perigoso, atrelando-a, por exemplo, à probabilidade de reiterar condutas criminosas em face do histórico do agente (como faz o legislador brasileiro), certo é que tal missão ainda assim será praticamente irrealizável, haja vista que o próprio conceito sempre estará fundado num duvidoso juízo de prognose. É exatamente nessa perspectiva que se pode aventar a inconsistência e a necessidade de se repensar todo o instituto. Afinal, não há como se falar em um direito penal de matriz democrática, consoante exigência constitucional, diante dessa abstração.²¹¹

Acosta²¹² também faz uma forte crítica à ideia de periculosidade, afirmando que a consideração de que o doente mental é perigoso e, portanto, representa um risco social, pode ser questionada sob diversos pontos de vista. Sob o aspecto psiquiátrico e psicológico, há muito já se tem entendido que a periculosidade do doente mental não passa de um mito social, pois a probabilidade de cometimento de crimes é bem menor nesses inimputáveis do que nas pessoas imputáveis. Esse dado já foi confirmado por pesquisas que demonstraram que são pouquíssimos os casos em que a doença mental possui influência no crime, e que, na verdade, os doentes mentais possuem maior probabilidade de serem vítimas de delitos, e não de serem os “criminosos”^{213,214}. Logo, não existe razão científica para continuar reafirmando essa relação entre doença mental e cometimento de crimes ou, mais tecnicamente, injustos penais.

Sob o ponto de vista criminológico, também não faz mais sentido relacionar doença mental e periculosidade, haja vista que as estatísticas já comprovam que a existência de doença mental não é uma característica decisiva na averiguação das porcentagens de reincidência criminal.²¹⁵ Significa que já foi desconstruída a ideia de que os loucos teriam maiores probabilidades de reincidirem na prática delitiva.

Em última análise, a averiguação da cessação da periculosidade, com o conseqüente término da medida de segurança, passa por uma ponderação de interesses, quais sejam: a defesa da sociedade e a liberdade do agente. Ou, talvez de forma mais adequada, uma ponderação de sacrifícios: “aquele que supõe para o delinquente a sua sujeição a uma medida

²¹¹ LEBRE, Marcelo. Medidas de segurança e periculosidade criminal: Medo de quem? **Revista Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 273-282, set. 2012/fev. 2013, p. 279.

²¹² ACOSTA, Juan Oberto Sotomayor. Crítica a la perigosidad como fundamento y medida de la reacción penal frente al inimputable. *In: Nuevo Foro Penal*, Medellín: n° 48, junio, 1990, p. 201.

²¹³ AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Mental Illness Not Usually Linked to Crime, Research Finds**. Disponível em: <<http://www.apa.org/news/press/releases/2014/04/mental-illness-crime.aspx>> Acesso em: 08 de ago. 2017.

²¹⁴ CORREIO BRAZILIENSE. **Doentes mentais: criminosos ou vítimas?** Disponível em: <<http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=9420>> Acesso em: 08 de ago. 2017.

²¹⁵ ACOSTA, Juan Oberto Sotomayor. Crítica a la perigosidad como fundamento y medida de la reacción penal frente al inimputable. *In: Nuevo Foro Penal*, Medellín: n° 48, junio, 1990, p. 201.

de segurança e aquele que adviria para a comunidade”²¹⁶ da atuação do agente supostamente nocivo na vida em sociedade. Por não existirem padrões para a realização desses exames, o perito possui uma grande margem de discricionariedade e, na dúvida, certamente optará pela defesa da sociedade, ainda que, para tanto, seja necessário sacrificar os direitos de determinado indivíduo. Por meio de um critério de cunho utilitarista, será decidido o futuro do doente mental. Assim, “em caso de dúvida, é melhor agir, porque se se comete um erro ao intervir sem razão, sem dúvida jamais se saberá (‘sempre poderia ter cometido um disparate’), mas se se abstém e o ato ocorre, a falta é manifesta e o psiquiatra é responsável”²¹⁷ (tradução livre). Essa responsabilidade recairá sobre o psiquiatra e também sobre o juiz.

Especificamente no caso da análise da cessação da periculosidade, as perícias psiquiátricas tornam possível uma violação ao princípio da legalidade, pois o que se passa a punir com a medida de segurança não é um crime previsto em lei, mas a doença mental. “O essencial do seu papel é legitimar, na forma do conhecimento científico, a extensão do poder de punir a outra coisa que não a infração”²¹⁸. Assim, a ideia da periculosidade e desta como fundamento de manutenção da medida de segurança fez “com que o cidadão considerado portador de sofrimento mental fosse penalizado por ser o que é e não pelo crime que comete”²¹⁹.

3.4 Experiência da 16ª Vara Criminal da Capital

3.4.1 METODOLOGIA DE PESQUISA

Com a finalidade de investigar e elucidar questões acerca dos exames de cessação de periculosidade, foi realizada uma pesquisa nos processos da 16ª Vara Criminal da Capital (Execução Penal). Buscou-se descobrir se, na maioria dos casos, os peritos consideram que houve efetivamente a cessação da periculosidade, bem como quais fatores são corriqueiramente levados em consideração na produção desses exames. Ademais, procurou-se analisar se existia a possibilidade de, apesar de ainda persistir a periculosidade, os pacientes receberem a desinternação em função do longo período a que foram submetidos à medida de

²¹⁶ MONTEIRO, Cristina Líbano. Perigosidade de inimputáveis e in dubio pro reo. Coimbra: Coimbra, 1997, p. 82.

²¹⁷ “En caso de duda, más vale actuar, puesto que si se comete un error al intervenir sin razón, sin duda no se sabrá jamás (‘siempre podría haber cometido tonterías’), mientras que si uno se abstiene y el acto se produce, la falta es manifiesta y el psiquiatra es el responsable”. CASTEL, Robert. De la peligrosidad al riesgo. In: AAVV, **Materiales de Sociología Crítica**. Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1986, p. 219-243.

²¹⁸ FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 23.

²¹⁹ CARNEIRO, Herbert José Almeida. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. In: **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 23-34, mar./ago. 2011, p.24- 25.

segurança.

Para tanto, fez-se uso de noções de estatística aplicada às ciências sociais para fixar qual a amostragem necessária para que a pesquisa tivesse representatividade em relação ao universo de processos e, assim, fosse dotada de confiabilidade.

Os processos judiciais foram escolhidos de forma aleatória, tendo em vista que, pelo fato de as amostras aleatórias darem a todo membro do universo analisado a mesma chance de ser selecionado, elas são mais representativas das características do universo do que os métodos não científicos²²⁰. Assim, ela é uma forma de escolha mais justa e, portanto, menos tendenciosa²²¹.

Mas, mesmo nas amostras escolhidas de forma aleatória, existe a chance de o resultado encontrado a partir da amostra apresentar uma diferença em relação ao universo do qual ela foi extraída²²². É daí que surge o conceito de erro amostral tolerável, que representa o quanto o pesquisador admite errar quando da avaliação dos parâmetros de interesse²²³. O conceito pode ser esclarecido a partir de um exemplo simples:

na divulgação de pesquisas eleitorais, é comum encontrarmos no relatório algo como: *a presente pesquisa tolera um erro de 2%*. Isso quer dizer que, quando a pesquisa aponta determinado candidato com 20% de preferência do eleitorado, está afirmando, na verdade, que a preferência por esse candidato, em toda a população de eleitores, é um valor no intervalo de 18% a 22%.²²⁴

No entanto, a definição do erro amostral tolerável deve ser sempre feita sob um ponto de vista probabilístico, haja vista que, por maior que seja o tamanho da amostra, existe o risco de a escolha, ainda que aleatória, gerar uma amostra com características diferentes das características do universo do qual ela foi retirada²²⁵. Desta forma, o nível de confiança é a probabilidade de que o erro amostral efetivo não seja maior do que o erro amostral admitido pelo pesquisador. Se uma pesquisa fixar o erro amostral “em 2%, estaremos afirmando que uma estatística, calculada com base na amostra a ser selecionada, não deve diferir do parâmetro em mais que 2%, com 95% de probabilidade”. Portanto, o nível de confiança indica a probabilidade de que o erro cometido pela pesquisa não supere o percentual do erro amostral

²²⁰ LEVIN, Jack; FOX, James Alan; FORDE, David R. **Estatística para ciências humanas**. Tradução de Jorge Ritter. Revisão técnica de Fernanda Bonafini. 11. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012, p. 160.

²²¹ AGRESTI, Alan; FINLAY, Barbara. **Métodos estatísticos para as ciências sociais**. Tradução de Lori Viali. 4. ed. Porto Alegre: Penso, 2012, p. 31.

²²² LEVIN, Jack; FOX, James Alan; FORDE, David R. **Estatística para ciências humanas**. Tradução de Jorge Ritter. Revisão técnica de Fernanda Bonafini. 11. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012, p. 160.

²²³ BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed. rev. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010, p. 57.

²²⁴ BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed. rev. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010, p. 57.

²²⁵ BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed. rev. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010, p. 58.

tolerado.

Estabelecidas essas premissas conceituais, utilizou-se de cálculo apresentado por Barbetta²²⁶ para determinar o tamanho da amostra, sendo: N o número de elementos do universo, n o tamanho da amostra, n_o uma primeira aproximação para o tamanho da amostra e E_o o erro amostral tolerável. Com a probabilidade de 95% de o erro efetivo não superar o erro amostral escolhido, deve ser aplicada, primeiramente, a seguinte fórmula: $n_o = 1/(E_o)^2$. E, posteriormente: $n = (N \times n_o) / (N + n_o)$.

A partir de consulta avançada realizada no Sistema de Automação da Justiça (SAJ), verificou-se que na 16ª Vara Criminal da Capital, no ano de 2017, existia um total de 62 processos com a classe “execução de medida de segurança” e com o assunto “medidas de segurança”. Este é o universo da pesquisa.

Considerou-se como erro amostral tolerável o de 10%, tendo em vista a necessidade de limitar a pesquisa, pois, quanto menor o erro amostral tolerável, maior seria a amostra necessária. Assim, aplicando as fórmulas acima, que dizem respeito ao nível de confiança de 95%, chegou-se a uma amostra de 38 processos, que representam 61,3% do total de processos.

Dentro da amostra de processos, foram analisados todos os exames de verificação de cessação de periculosidade, que totalizavam 60, bem como todas as sentenças de desinternação, que foram 23.

Com essa pesquisa, buscou-se verificar se as informações encontradas durante a pesquisa doutrinária – no sentido de que não há padronização para a elaboração dos exames – seriam confirmadas a partir da análise da realidade da vara alagoana.

3.4.2 RESULTADOS OBTIDOS

Dos processos analisados, 61% (23) possuíam sentenças determinando a desinternação do paciente, 26% (10) tinham apenas exames de verificação de cessação de periculosidade negativos, ou seja, consideravam que não havia cessado a periculosidade, e, por fim, 13% (05) ainda aguardavam pelo primeiro exame de cessação de periculosidade. Este é, portanto, o panorama dos processos analisados.

²²⁶ BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed. rev. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010, p. 58.

Gráfico 1

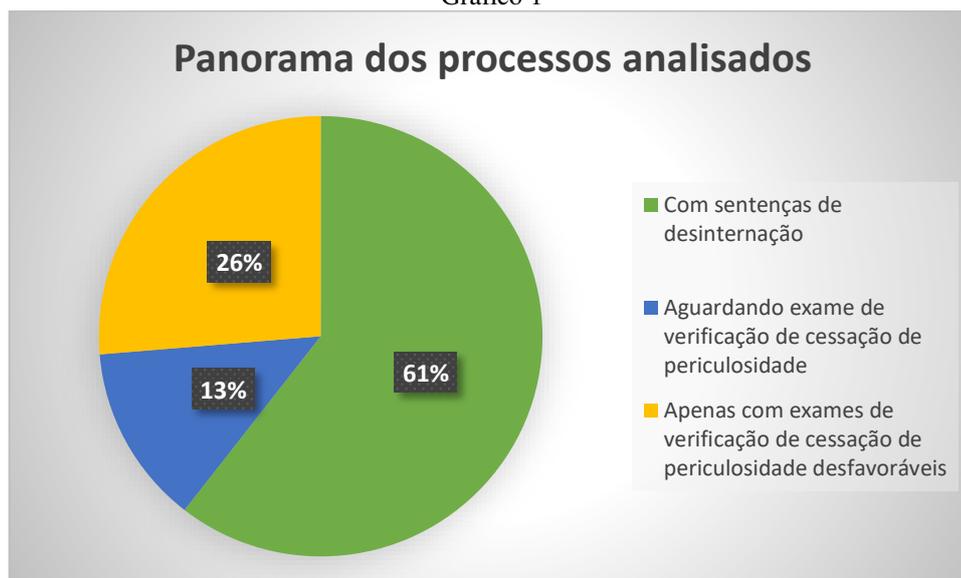


Gráfico dos processos analisados

Apesar de existirem processos ainda pendentes de exame, também havia aqueles que possuíam mais de um, o que faz com que em alguns momentos seja feita referência a “processos” e, outras vezes, a “exames”. Conforme mencionado, dentro dos 38 processos analisados, existiam 60 exames de verificação de cessação de periculosidade.

Traçando um panorama dos exames analisados, verificou-se que 43% (26) deles eram favoráveis à desinternação, enquanto 57% (34) eram desfavoráveis, ou seja, consideravam que a periculosidade não havia cessado.

Gráfico 2

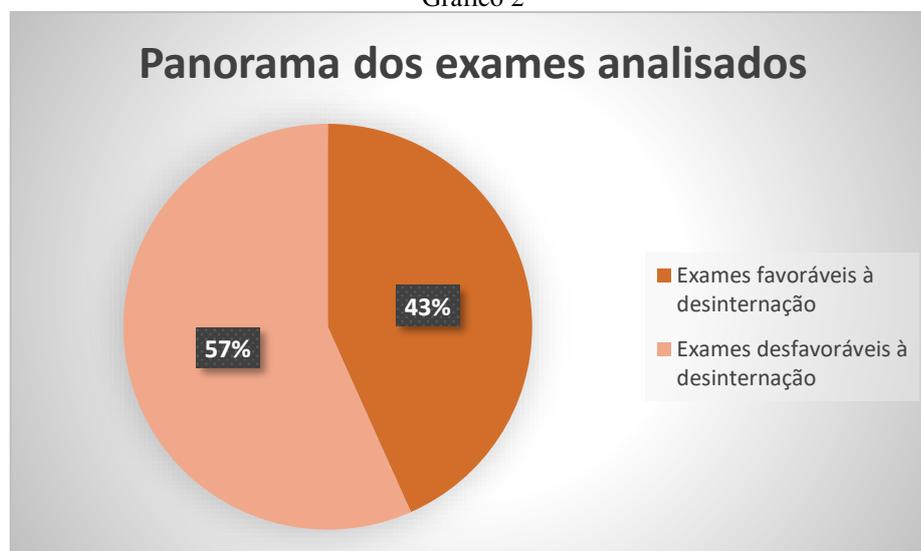


Gráfico dos exames analisados

É importante destacar que, dos exames que concluíram pela ocorrência da cessação da periculosidade, 100% possuíam caráter condicional. Na conclusão dos exames, os peritos médico-psiquiátricos sugeriam que o paciente fosse posto em liberdade desde que mantivesse

o tratamento a nível ambulatorial em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), continuasse a tomar os medicamentos e desde que possuísse supervisão de terceiros. Assim, infere-se que em todos os casos os psiquiatras consideraram temerário simplesmente colocar o paciente em liberdade. De acordo com informações colhidas na 16ª Vara Criminal da Capital, isso se deve ao fato de que os psiquiatras tentam se eximir da responsabilidade, caso o paciente seja desinternado e volte a cometer um fato ilícito-típico.

Gráfico 3

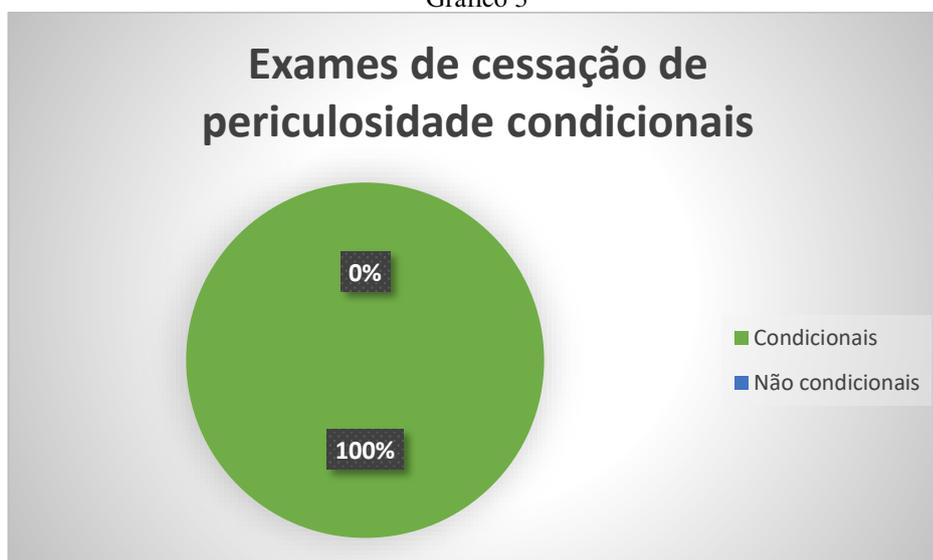


Gráfico de exames condicionais

Outra constatação importante diz respeito ao fato de que apenas 25% (15) dos exames avaliados faziam referência à expressão “periculosidade” ou “periculoso”.

Gráfico 4

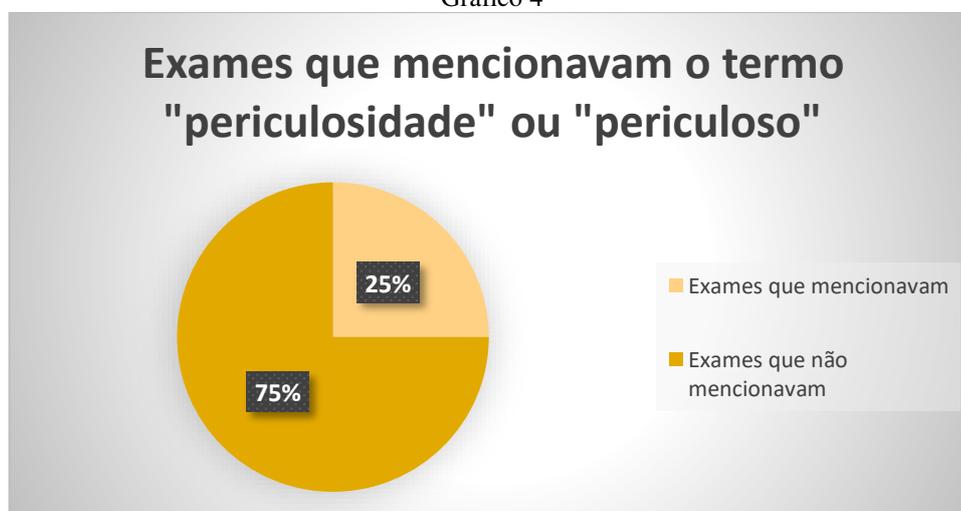


Gráfico de exames que mencionavam “periculosidade” ou “periculoso”

Por outro lado, 67% (40) dos exames tratavam o fato de o paciente “reunir condições de retornar ao convívio sócio-familiar” como sinônimo de cessação de periculosidade.

Gráfico 5

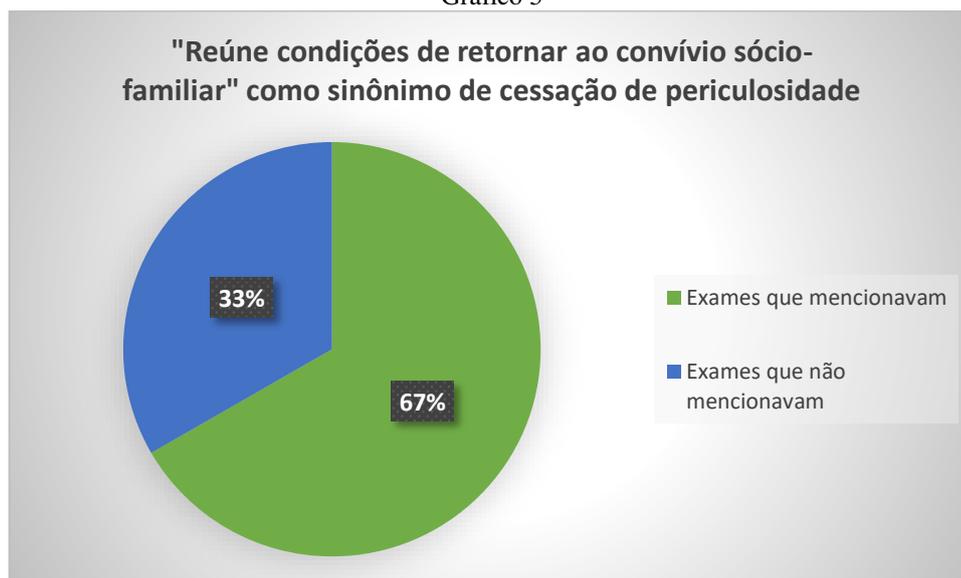


Gráfico de exames sobre condições de retorno ao convívio familiar

Dessa forma, percebe-se que, na prática, os psiquiatras não fazem uso ao pé da letra do significado da expressão utilizado pela doutrina e jurisprudência, qual seja: probabilidade de voltar a cometer delitos. Ademais, é possível inferir que a cessação da periculosidade é mais utilizada como sinônimo de “possibilidade de retorno ao convívio social e familiar” e, para aferir essa condição, os psiquiatras avaliam tanto o estado da doença quanto as condições familiares do paciente. Isto torna plausível perceber que, apesar de haver pacificação teórica quanto ao significado de periculosidade e sua cessação, na prática ainda há discrepâncias.

Ainda neste sentido, merece destaque o seguinte trecho, extraído de um dos exames analisados:

[...] concluímos que a referida periciada pode ser tratada a nível ambulatorial, pois não encontramos no exame ao qual foi submetida sintomas psiquiátricos que justifiquem a internação, no momento a referida é portadora de sanidade mental e, portanto capaz de responder por atos da vida civil e laborativa. **Não havendo porém em pessoas com alterações de comportamento desta natureza a possibilidade inequívoca de Cessação de Periculosidade, pois são indivíduos com baixo limiar de frustração, podendo cometer atos extremos de agressividade em situações como a em questão.** O tratamento nesses casos visa às possíveis comorbidade, ou seja, episódios de depressão, ansiedade ou eventuais surtos psicóticos que esses indivíduos venham apresentar. (grifos nossos)

Tal constatação, feita pelo próprio profissional da área de saúde mental, apenas corrobora a tese aqui defendida segundo a qual a cessação da periculosidade não pode funcionar como fundamento da medida de segurança, tendo em vista que não pode ser verificada na prática. Justamente pelo fato de essa espécie de exame girar em torno de conceitos tão abstratos, foram encontrados muitos exames contraditórios e confusos, sendo que na maioria deles não há, na conclusão, uma resposta clara quanto ao fato de ter cessado

ou não a periculosidade. Eis um caso em que o exame foi bastante contraditório:

[...] Periciado apresenta de acordo com o exame atual, quadro clínico compatível com Transtorno de Personalidade não especificado [...] e Transtorno Mental decorrente do uso de múltiplas drogas, atualmente abstinente, porém em ambiente desprotegido [...]. **Caraterizado por sintomas dos vários Transtornos de Personalidade, no caso deste, pela ocorrência de atos impulsivos, dificuldades em cumprir regras, desconfiança e tendência a cometer delitos. Sugiro a continuação do tratamento em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e que esse tratamento seja mantido de forma ininterrupta.** (grifos nossos)

Partindo-se da premissa de que, por diversas vezes, os psiquiatras não utilizam o conceito usual de periculosidade, destaca-se mais um laudo bastante contraditório:

[...] Exame mental: Desorientado no tempo e orientado no espaço, orientação autopsíquica preservada, tem a voz monótona, descuido com veste e asseio corporal, importante alteração cognitiva, memória, atenção e inteligência prejudicadas, deambula normalmente, o discurso é pobre, linguagem repetitiva e psicomotricidade diminuída, pouco cooperativo na entrevista. Conclusão: [...] encontra-se em uso de altas doses de antipsicóticos, necessitando de tratamento especializado regular, podendo ser tratado no CAPS (Centro de Assistência Psicossocial) desde que de forma ininterrupta e sob cuidados de familiares ou responsáveis. [...]

Este exame de cessação de periculosidade foi feito 31 anos após a entrada do paciente no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy. Após a leitura do exame em si e da conclusão a que se chegou, é difícil não se perguntar se o paciente não poderia ter sido desinternado há mais tempo e enviado a um Centro de Atenção Psicossocial, já que continua com diversos sintomas da doença mental. É possível se perguntar, ainda, se era realmente necessária a sua submissão ao instituto da medida de segurança ou se ele poderia ter sido tratado, desde o início, em outro estabelecimento, que não fosse penitenciário.

Por outro lado, foi possível chegar à conclusão de que os psiquiatras deveriam acompanhar o paciente de forma contínua e não o avaliar apenas por meio de um exame, realizado em momento isolado.

Falta um pouco mais de aproximação entre o psiquiatra e o paciente, posto que é possível perceber a frieza e a falta de detalhes dos exames, sobretudo a partir dos anos 2000, momento a partir do qual foi possível visualizar uma diminuição de psiquiatras que assinavam os exames, bem como a ausência de aprofundamento. Veja-se abaixo um exemplo que parece funcionar como “fórmula” utilizada para a parte destinada ao “exame mental”. Esta “fórmula” ou este “modelo” apareceu em praticamente todos os laudos de cessação de periculosidade realizados a partir dos anos 2000:

Periciado adentra ao consultório conduzido pela enfermagem. Traja veste hospitalar e em boas condições de higiene. Lúcido. Coerente. Prolixo. Curso de pensamento acelerado. Orientado auto, alo e cronopsiquicamente. Memórias íntegras. Nega e não evidencia distúrbios sensoperceptivos ou concepções delirantes. Inteligência compatível com seu nível sócio, econômico e cultural. Pragmatismo útil conservado.

Foi possível visualizar a questão do baixo efetivo de psiquiatras, o que inviabiliza ou impossibilita a realização dos exames de cessação de periculosidade e contribui para que os exames careçam de um maior aprofundamento. Por outro lado, a falta destes profissionais acarreta, por diversas vezes, atrasos na realização dos exames. Isso faz com que os pacientes terminem por permanecer mais tempo do que seria necessário no Centro Psiquiátrico Judiciário.

Cabe aqui registrar um dado levantado pelo Censo 2011²²⁷. A demora na realização dos exames verificação de cessação de periculosidade foi um dos pontos por ele abordados, oportunidade em que foi constatado que, em âmbito nacional, 41% destes exames estavam atrasados e que o tempo médio de espera é de 32 meses. Os dados revelam a inércia da estrutura psiquiátrico-penal no Brasil. Vale destacar, no entanto, a previsão contida no Código Penal:

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.

§ 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.

§ 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. [...] (grifos nossos)

Vale ressaltar que todas as sentenças de desinternação analisadas, ou seja, as 23, traziam diversas condições que o paciente deveria cumprir, sob pena de ser decretada a sua reinternação. Estas condições encontram fundamentação legal no artigo 97, §3º do Código Penal²²⁸ e nos artigos 132, 133 e 178 da Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/84)²²⁹.

²²⁷ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 17.

²²⁸ Art. 97. [...] § 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.

²²⁹ Art. 132. Deferido o pedido, o Juiz especificará as condições a que fica subordinado o livramento.

§ 1º Serão sempre impostas ao liberado condicional as obrigações seguintes:

a) obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho;
b) comunicar periodicamente ao Juiz sua ocupação;

c) não mudar do território da comarca do Juízo da execução, sem prévia autorização deste.

§ 2º Poderão ainda ser impostas ao liberado condicional, entre outras obrigações, as seguintes:

a) não mudar de residência sem comunicação ao Juiz e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção;

b) recolher-se à habitação em hora fixada;

c) não frequentar determinados lugares. [...].

Art. 133. Se for permitido ao liberado residir fora da comarca do Juízo da execução, remeter-se-á cópia da sentença do livramento ao Juízo do lugar para onde ele se houver transferido e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção.

Art. 178. Nas hipóteses de desinternação ou de liberação (artigo 97, § 3º, do Código Penal), aplicar-se-á o disposto nos artigos 132 e 133 desta Lei.

Uma das condições dizia respeito ao fato de o indivíduo ficar obrigado a continuar o tratamento a nível ambulatorial. Na verdade, as condições impostas pelo juiz eram sempre as seguintes:

1ª) comparecer, mensalmente, perante este Juízo, para informar e justificar suas atividades, todo dia 1º de cada mês; 2º) não mudar de endereço, sem prévia comunicação a este Juízo e 3º) continuar o tratamento médico-psiquiátrico, a nível ambulatorial, mensalmente, no Centro Psiquiátrico Judiciário “Pedro Marinho Suruagy”.

Gráfico 6

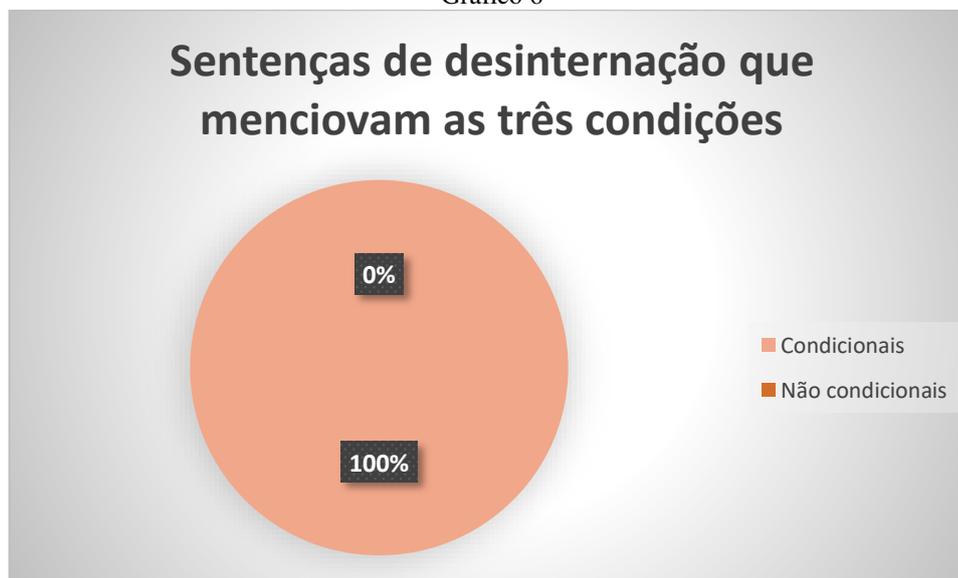


Gráfico das sentenças que mencionavam as três condições

O fato de a lei prever a imposição de condições para permitir a desinternação do paciente reforça a ideia de periculosidade e a “necessidade” de se precaver frente ao “perigo” que o doente mental supostamente representa para a sociedade. Assim, se ele deixar de cumprir alguma das condições, voltará para as malhas do sistema penitenciário.

Neste sentido, o Código Penal prevê que “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”. Considera-se tal previsão legislativa inconstitucional, pois pune e aprisiona o indivíduo sem que ele tenha cometido qualquer crime, tendo em vista que a expressão “fato indicativo de persistência de periculosidade” não necessariamente será um delito. Na verdade, sequer há disciplina legal sobre o que seria esse “fato indicativo”, abrindo muita margem para uma interpretação desfavorável.

Com exceção de uma sentença, todas as demais apenas repetiam o entendimento trazido no exame realizado pelo psiquiatra, o que foi confirmado durante uma das visitas realizadas no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, oportunidade em que se

ouviu a seguinte declaração do responsável pela assessoria jurídica do CPJ no ano de 2015: “praticamente quem solta o paciente aqui é o médico”.

A exceção quanto à sentença de desinternação dizia respeito ao caso de uma paciente que se encontrava no CPJ desde a sua inauguração, totalizando aproximadamente trinta e sete anos. Apesar de todos os exames de verificação de cessação de periculosidade terem sido desfavoráveis, foi proferida sentença de desinternação, devido ao longo período em que ela se encontrava submetida à medida de segurança.

Há, ainda, outro problema, qual seja: o fato de que muitos internos não têm para onde ir, pois não têm família, ou ela não é encontrada, ou os Hospitais Psiquiátricos, os CAPS e os abrigos do estado não possuem vagas para recebê-los. Desta forma, a própria desinternação, na prática, constitui um problema, tendo em vista que a maioria dos familiares abandona os pacientes, muitas vezes porque estes cometeram o crime contra um daqueles, em um momento de surto.

Analisar os 60 exames de verificação de cessação de periculosidade tornou possível perceber que, em geral, não são verificadas melhoras no quadro dos pacientes. Os internos permanecem com os mesmos sintomas, chegam a apresentar sintomas negativos da doença ou têm até uma piora no quadro de saúde. Certamente devido ao caráter asilar da instituição, ao uso excessivo de remédios e à ausência de visitas e de atividades recreativas ou laborativas. Um dos exames mencionava, inclusive, que o paciente havia sido submetido a eletrochoque.

A título de exemplo, foram colacionados, respectivamente, trechos do primeiro exame de cessação realizado em determinado paciente e de outro exame realizado 23 anos depois:

1986 - Exame mental: Convidado a comparecer no consultório, periciado se apresenta amigavelmente, com regular asseio corporal. Estabeleceu regular rapport. Nega e não apresenta durante a entrevista alterações senso-perceptivas. Controlado medicamentosamente. Calmo, lúcido, coerente, desorientado no tempo e no espaço. Juízo e raciocínio - comprometidos. Memória – alterada.

2009 - Exame mental: [...] na maioria das vezes com as mãos adentrando a cavidade bucal e em decorrência desse fato salivando por entre os dedos e tocando simultaneamente nos objetos ao seu redor. [...] Todo o seu psiquismo se encontra bastante comprometido.

A partir da leitura dos trechos citados, é possível perceber como a saúde do paciente decaiu durante o tempo em que permaneceu no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy.

E tudo isso deixa claro que o instituto da medida de segurança funciona, na prática, como um verdadeiro atentado aos direitos do ser humano.

Desta forma, é possível afirmar que este se apresenta como um instituto problemático inclusive no dispositivo que lhe dá legitimação.

4 A JURISPRUDÊNCIA DOS TRIBUNAIS SUPERIORES ACERCA DOS LIMITES TEMPORAIS DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

Figura 4



Telas pintadas por internos do CPJ. (Fonte: o autor)

A dignidade é, por conseguinte, o objetivo global pelo qual se luta utilizando, entre outros meios, o direito. Por isso, ainda que seja uma boa medida pedagógica, devemos ter cuidado no uso da famosa e corrente teoria das gerações de direitos [...], pois ela pressupõe uma visão exageradamente unilateral e evolutiva da história do conceito. Como dizemos, tal teoria permite que pedagogicamente “visualizemos” como se avançou no reconhecimento jurídico das lutas pela dignidade. Mas tem seus perigos, pois pode induzir a pensar que, do mesmo modo que as tecnologias de última geração, a atual fase ou geração de direitos já superou as fases anteriores: aparentemente os direitos de quarta geração tornaram obsoletas as velhas lutas pelos direitos civis e os direitos sociais. Basta estar atento ao que ocorre no mundo para perceber que isso não é assim e que **se deve continuar lutando, cotidiana e complementarmente, por todas as gerações de direitos** (veja-se o que está ocorrendo no mundo das liberdades depois do 11 de Setembro de 2001 e o consequente “efeito Guantánamo” sobre as mínimas garantias processuais dos detentos). Impunemente se suspendem os direitos da primeira geração daqueles meramente suspeitos de terrorismo; então, o que fazer com a presunção de inocência? **Não era um direito de primeira geração?** (grifos nossos)

A (re)invenção dos direitos humanos, de Joaquín Herrera Flores

No item anterior, foram tecidos comentários acerca da periculosidade, a qual funcionou por muito tempo como o único parâmetro para determinar a duração das medidas de segurança,

através da verificação de sua cessação, por meio de laudo psiquiátrico.

Mas a jurisprudência dos tribunais superiores trouxe inovações em relação à limitação temporal do instituto da medida de segurança, a fim de assegurar o direito constitucionalmente garantido da proibição das penas perpétuas.

Assim, após analisar a noção de periculosidade, que funciona como a base sobre a qual foi edificada a medida de segurança, entendeu-se por necessário compreender qual o critério de que os tribunais brasileiros têm se valido para proceder à desinternação dos pacientes.

Desta forma, tendo em vista que o presente trabalho tem como um de seus objetivos a verificação dos parâmetros que limitam tal instituto jurídico, fez-se necessário realizar uma pesquisa jurisprudencial a fim de analisar mais de perto os motivos que levaram a essas decisões limitadoras das medidas de segurança para, em seguida, verificar como os tribunais de 2º instância estão realizando sua interpretação e aplicação. A seção anterior tratou do critério subjetivo de limitação das medidas de segurança, que é justamente a noção de periculosidade. A partir de agora será analisado o critério objetivo.

Primeiramente, serão apresentados os casos julgados pelo Supremo Tribunal Federal que o levaram a fixar o limite temporal de trinta anos para as medidas de segurança. Em seguida, a abordagem terá como objeto a Súmula nº 527 do Superior Tribunal da Justiça, que determina que tal instituto jurídico não pode perdurar por tempo superior ao da pena máxima prevista em abstrato para o fato típico praticado. Será analisado o caso que inaugurou este entendimento dentro do STJ. Em seguida, pelo fato de a proporcionalidade ter sido apenas mencionada como fundamento da decisão do STJ, será feita uma análise mais profunda sobre a (des)proporcionalidade das medidas de segurança.

A seção se encerrará com a pesquisa que foi realizada nos sites dos tribunais de 2ª instância, com a finalidade de compreender o panorama atual da jurisprudência acerca da desinternação dos pacientes em medida de segurança, avaliando, sobretudo, como está sendo aplicada a Súmula nº 527 do Superior Tribunal de Justiça e qual o critério que tem sido preponderante quando os magistrados brasileiros determinam a desinternação dos pacientes.

4.1 O Supremo Tribunal Federal e a limitação temporal das medidas de segurança

Ao realizar pesquisa no site oficial do Supremo Tribunal Federal, fez-se uso da ferramenta de busca denominada “Pesquisa de Jurisprudência”, oportunidade em que foram utilizadas as expressões “duração adj3 medida adj2 segurança”, a fim de verificar qual a jurisprudência do STF em relação à limitação temporal do instituto. Vale ressaltar que tal

pesquisa foi realizada no segundo semestre do ano de 2017.

A partir dos parâmetros utilizados, foram encontrados nove acórdãos. São eles, do mais recente para o mais antigo: Recurso Extraordinário 628658/RS, *Habeas Corpus* 107777/RS, *Habeas Corpus* 107432/RS, *Habeas Corpus* 98360/RS, *Habeas Corpus* 84219/SP, Recurso Extraordinário 106947/ES, Recurso Extraordinário 86209/SP, Recurso Extraordinário 70159/SC e *Habeas Corpus* 46545/SP. Em seguida foi analisado o conteúdo dos referidos acórdãos.

O primeiro deles trazia a previsão de que, por ser a medida de segurança uma espécie de sanção penal, o período de cumprimento repercute no tempo exigido para o indulto²³⁰. Os quatro últimos, por sua vez, diziam respeito ao tempo mínimo de duração das medidas de segurança²³¹. Verificou-se então que eles fugiam do tema a ser estudado, razão pela qual foram dispensados de uma análise mais aprofundada. Restaram, portanto, quatro acórdãos, que serão abordados um a um, do mais antigo para o mais recente. Dessa forma, serão analisados todos os acórdãos que, dentro dos parâmetros pesquisados, diziam respeito especificamente ao tema tratado.

4.1.1 ABRINDO CAMINHO PARA O FIM DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA PERPÉTUAS: HABEAS CORPUS Nº 84219

A primeira decisão encontrada se referia ao julgamento do *Habeas Corpus* nº 84219 de São Paulo²³², que ocorreu no ano de 2005, e que teve a seguinte ementa:

MEDIDA DE SEGURANÇA - PROJEÇÃO NO TEMPO - LIMITE. A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos. (HC 84219, Relator(a): Min. MARCO AURÉLIO, Primeira Turma, julgado em 16/08/2005, DJ 23-09-2005 PP-00016 EMENT VOL-02206-02 PP-00285) (grifos nossos)

Trata-se de um *habeas corpus* contra decisão do Superior Tribunal de Justiça, o qual manteve a prorrogação da internação de paciente em hospital de custódia e tratamento

²³⁰ BRASIL, STF. RE nº 628658/RS, Tribunal Pleno, Rel. Min. Marco Aurélio. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

²³¹ BRASIL, STF. RE nº 106947/ES, Segunda Turma, Rel. Min. Francisco Rezek. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017; BRASIL, STF. RE nº 86209/SP, Primeira Turma, Rel. Min. Soares Munoz. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017; BRASIL, STF. RE nº 70159/SC, Primeira Turma, Rel. Min. Amaral Santos. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017; BRASIL, STF. HC nº 46545/SP, Segunda Turma, Rel. Min. Eloy da Rocha. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

²³² BRASIL, STF. HC nº 84219/SP, Primeira Turma, Rel. Min. Marco Aurélio. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em 11 ago. 2017.

psiquiátrico para além de trinta anos, sob a fundamentação de que “a lei penal não prevê limite temporal máximo para o cumprimento de medida de segurança, somente condicionada à cessação da periculosidade do agente”.

Assim, o caso em questão tratava de uma paciente que se encontrava submetida à medida de segurança de internamento há mais de trinta anos, mais especificamente desde os anos de 1970, por ter praticado a conduta tipificada como homicídio qualificado contra seus filhos. Já havia sido ultrapassado, portanto, o tempo máximo previsto no art. 75 do Código Penal para o cumprimento de pena. No entanto, mesmo após todo esse período, a interna não obteve um exame de cessação de periculosidade positivo, o que fez com que a privação de sua liberdade se prolongasse. Requeru-se, então, a extinção da medida de segurança e a viabilização da remoção da paciente para hospital psiquiátrico da rede pública. Sustentou-se 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. Requer-se a concessão de medida [...] que viabilize a remoção da paciente para hospital psiquiátrico da rede pública, onde deverá ser submetida a tratamento adequado, [...] ressaltando-se que, embora a internação haja perdurado por todo esse tempo, o tratamento mostrou-se ineficaz.

É interessante observar como também aqui há uma confusão quanto aos conceitos de periculosidade e cura da doença mental. A partir da análise do trecho acima transcrito, é possível inferir que a medida de segurança só seria normalmente extinta quando houvesse a cura do paciente, ou seja, que o tratamento se mostrasse eficaz. Assim, mais uma vez a ideia de periculosidade cessada se apresenta diferente daquela pregada pelos doutrinadores, que, uníssones, entendem a periculosidade como a probabilidade de cometer, no futuro, novos delitos.

O relator, o Ministro Marco Aurélio, estampou o seguinte entendimento em seu voto:

Observe-se a garantia constitucional que afasta a possibilidade de ter-se prisão perpétua. A tanto equivale a indeterminação da custódia, ainda que implementada sob o ângulo da medida de segurança. O que cumpre assinalar, na espécie, é que a paciente está sob a custódia do Estado, pouco importando o objetivo, há mais de trinta anos, valendo notar que o pano de fundo é a execução de título judiciário penal [...]. O artigo 75 do Código Penal há de merecer o empréstimo da maior eficácia possível, ao preceituar que o tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a trinta anos. Frise-se, por oportuno, que o artigo 183 da Lei de Execução Penal delimita o período da medida de segurança, fazendo-o no que prevê que esta ocorre em substituição da pena, não podendo, considerada a ordem natural das coisas, mostrar-se, relativamente à liberdade de ir e vir, mais gravosa do que a própria pena. É certo que o §1º do artigo 97 do Código Penal dispõe sobre prazo da imposição da medida de segurança para inimputável, revelando-o indeterminado. Todavia, há de se conferir ao preceito interpretação teleológica, sistemática, atentando-se para o limite máximo de trinta anos fixado pelo legislador ordinário, tendo em conta a regra primária vedadora da prisão perpétua. A não ser assim, há de concluir-se pela inconstitucionalidade do preceito.

O voto do relator foi acompanhado pelos Ministros Eros Grau, Carlos Britto e Cezar Peluso. Eis o que dizem os dispositivos legais a que o relator fez referência:

Art. 75 - O tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 30 (trinta) 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.

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, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança.

Apesar de o detalhamento não ter sido trazido no julgamento, entende-se pela necessidade de realizar esta análise. O artigo 183 da Lei de Execução Penal prevê que, se durante a execução da pena privativa de liberdade sobrevier doença ou perturbação mental, o juiz substituirá a pena pela medida de segurança. Significa que o apenado terminará o cumprimento de sua pena sendo submetido à medida de segurança, mas tão somente até o limite da pena que lhe foi fixada. Assim, há uma limitação temporal da medida de segurança substitutiva que foi imposta ao apenado a que sobreveio doença mental. Assim, não se pode ter uma situação mais gravosa para o inimputável do que para o que inicialmente era considerado imputável. Caso contrário, considerada a ordem natural das coisas, a medida de segurança mostrar-se-ia, relativamente à liberdade de ir e vir, mais gravosa do que a própria pena.

Durante o julgamento, o Ministro Sepúlveda Pertence destacou que, diferentemente de outras Constituições, como, por exemplo, a da Portugal e da República de Cabo Verde, a Constituição brasileira não trouxe previsão expressa quanto à limitação temporal das medidas de segurança. No entanto, ao proibir as penas de caráter perpétuo, a intenção do constituinte foi a de se referir às sanções penais em geral, entre as quais se incluem as medidas de segurança. Neste sentido, não seria possível admitir que, a título de tratamento, existisse uma privação de liberdade perpétua.

O referido Ministro afirmou que deve ser aplicado ao caso, por analogia, o art. 682, §2º, do Código de Processo Penal²³³, na parte que prevê a comunicação ao “juiz dos incapazes”, para que no âmbito cível se proceda de acordo com o previsto para a interdição civil, nos termos dos artigos 1.769 e seguintes do Código Civil. Os demais Ministros seguiram esse

²³³ Art. 682. O sentenciado a que sobrevier doença mental, verificada por perícia médica, será internado em manicômio judiciário, ou, à falta, em outro estabelecimento adequado, onde lhe seja assegurada a custódia. [...] § 2º Se a internação se prolongar até o término do prazo restante da pena e não houver sido imposta medida de segurança detentiva, o indivíduo terá o destino aconselhado pela sua enfermidade, feita a devida comunicação ao juiz de incapazes.

entendimento.

4.1.2 MELHOR SERIA SE IMPUTÁVEL FOSSE: *HABEAS CORPUS* Nº 98.360

Em 2009, um caso semelhante foi julgado pelo Supremo. Trata-se do *Habeas Corpus* 98.360 do Rio Grande do Sul²³⁴, que também se insurgiu contra decisão do Superior Tribunal de Justiça acerca da duração da medida de segurança. Segue a ementa do referido acórdão:

EMENTA: PENAL. EXECUÇÃO PENAL. HABEAS CORPUS. RÉU INIMPUTÁVEL. MEDIDA DE SEGURANÇA. PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA. EXTINÇÃO DA MEDIDA, TODAVIA, NOS TERMOS DO ART. 75 DO CP. PERICULOSIDADE DO PACIENTE SUBSISTENTE. TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, NOS TERMOS DA LEI 10.261/01. WRIT CONCEDIDO EM PARTE. I - Não há falar em extinção da punibilidade pela prescrição da medida de segurança uma vez que a internação do paciente interrompeu o curso do prazo prescricional (art. 117, V, do Código Penal). II - Esta Corte, todavia, já firmou entendimento no sentido de que o prazo máximo de duração da medida de segurança é o previsto no art. 75 do CP, ou seja, trinta anos. Precedente. III - Laudo psicológico que, no entanto, reconheceu a permanência da periculosidade do paciente, embora atenuada, o que torna cabível, no caso, a imposição de medida terapêutica em hospital psiquiátrico próprio. IV - Ordem concedida em parte para extinguir a medida de segurança, determinando-se a transferência do paciente para hospital psiquiátrico que disponha de estrutura adequada ao seu tratamento, nos termos da Lei 10.261/01, sob a supervisão do Ministério Público e do órgão judicial competente. (HC 98360, Relator(a): Min. RICARDO LEWANDOWSKI, Primeira Turma, julgado em 04/08/2009, DJe-200 DIVULG 22-10-2009 PUBLIC 23-10-2009 EMENT VOL-02379-06 PP-01095) (grifos nossos)

No caso em comento, o paciente se encontrava internado desde 1977 por ter praticado, mais de uma vez, a conduta tipificada no art. 132 do Código Penal (perigo para a vida ou saúde de outrem)²³⁵ contra seus familiares mais próximos (pai, mãe e irmão). Em 1991, o paciente havia sido posto em liberdade, mas, por ter cometido o mesmo tipo penal, voltou a ser internado em 1992.

O tempo de internação já havia passado de quinze anos e, no total das internações, já superava os trinta, apesar de o Código Penal prever para o mencionado crime a pena de detenção, de três meses a um ano. Percebe-se que, caso se tratasse de um imputável, a interferência do Estado, através de seu braço mais forte, que é justamente o direito penal, teria sido demasiadamente inferior. Nesse caso, a desigualdade da situação acarretou uma grande injustiça no caso concreto.

O autor da ação sustentou, em sua petição, que condicionar a extinção das medidas de

²³⁴ BRASIL, STF. HC nº 98.360/RS, Primeira Turma, Rel. Min. Ricardo Lewandowski. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

²³⁵ Art. 132 - Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente:
Pena - detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave.

segurança tão somente à constatação da cessação da periculosidade, tendo como finalidade a prevenção de novos delitos, significaria “tratar o sentenciado como instrumento para o cumprimento de metas preventivistas”.

Na decisão, os Ministros entenderam que não deveria subsistir a medida de segurança, tendo em vista que já havia sido ultrapassado o período de trinta anos. Porém, deveria o paciente permanecer sob a custódia do Estado, pois o último exame indicou a persistência da periculosidade, a qual, no entanto, foi atenuada. Assim, entenderam ser cabível a desinternação progressiva, prevista na Lei nº 10.216/01, sobretudo porque o longo período de internamento puro e simples se mostrou ineficaz.

O tratamento por meio da desinternação progressiva se encontra previsto no artigo 5º da Lei nº 10.216/01.

Art. 5º 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.

Consoante já mencionado neste trabalho, esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ela representou a positivação de esforços envidados pelo movimento da Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica.

Os Ministros do STF seguiram o parecer do representante do Ministério Público Federal, que se manifestou no sentido da implementação da desinternação progressiva.

[...] não se pode ignorar que, na maioria dos casos, a internação prolongada resulta em confinamento e abandono familiar, o que geralmente inviabiliza o retorno do internado ao convívio social.

A fim de evitar a privação indeterminada do internado de sua liberdade e do convívio familiar e social, necessária a flexibilização do regime de internação através da adoção do método terapêutico da desinternação progressiva, por constituir-se num modelo transitório entre a situação de hospitalização em regime fechado e o retorno ao meio social mais amplo.²³⁶

Deve-se mencionar um ponto que o Ministro Ricardo Lewandowski ressaltou durante o julgamento: a importância da Defensoria Pública. De acordo com o Ministro, tratava-se de um caso paradigmático, pois dizia respeito a um doente mental que se encontrava submetido à medida de segurança há aproximadamente trinta anos, sem ter ninguém que zelasse por ele, a não ser a Defensoria Pública. Assim, a importância dessa instituição pôde ser evidenciada nesse caso.

²³⁶ BRASIL, STF. HC nº 98.360/RS, Primeira Turma, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, p. 05. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

Vale ressaltar, assim, a importância de atores externos para a realização dos direitos fundamentais. Se a Defensoria Pública não tivesse atuado no caso, possivelmente o paciente permaneceria internado por muito mais tempo, talvez até de forma perpétua, apesar de a Constituição Federal prever expressamente a proibição de penas perpétuas.

Não se pode negar que a comunidade internacional tem se esforçado para estabelecer em seus documentos um arcabouço mínimo de direitos para a população mundial, além do fato de que as Constituições de caráter democrático, as quais preveem diversos direitos fundamentais, já são maioria. No entanto, é certo que a mera previsão em tratados internacionais ou mesmo nas Constituições dos Estados não é suficiente para garantir e efetivar esses mesmos direitos. Assim, é essência a participação de atores externos a fim de realizar os direitos fundamentais.

Merece destaque um dos argumentos trazidos pelo Ministro Marco Aurélio, o qual se encontra transcrito abaixo:

A situação mostra-se ímpar. Se realmente não se tratasse de um inimputável, haveria, quanto ao primeiro crime, a pena máxima de um ano; quanto ao segundo, a pena máxima de seis meses, mas porque ele é inimputável, está sob medida de segurança, com a liberdade de ir e vir cerceada, há trinta anos. Foi quando sustentei, no precedente, que alusão a prazo indeterminado – já que o artigo 97 só cogita de piso, tempo mínimo, e remete a medida de segurança à indeterminação – não deveria ser tomada com o abandono da regra, que atende a direitos humanos, do artigo 75 do Código Penal, segundo o qual ninguém pode permanecer enclausurado por mais de trinta anos, e ele assim está por tempo maior, segundo informação do relator. Por isso, caminho no sentido de reafirmar o precedente da Turma, formalizado quando do julgamento do Habeas Corpus nº 84.219.²³⁷

Em seguida, quando estavam os Ministros a discutir a natureza jurídica da medida de segurança e a possibilidade de aplicação do artigo 75 do CP, o Ministro Marco Aurélio complementou dizendo: “a meu ver, quanto às consequências, é pior do que uma pena, ante a indeterminação limitada, sujeita ao teto de trinta anos, prevista em lei. Reporto-me às penas máximas dos crimes perpetrados – um ano para o primeiro e seis meses para o segundo”²³⁸.

Quando o defensor público esclareceu que deveria ser reconhecida como cumprida a medida de segurança e mencionou que a política pública era de viés antimanicomial, o Ministro Ricardo Lewandowski, relator do caso, esclareceu o seguinte: “não, nos termos da Lei nº 10.216, porque amanhã deixamos, aí, um paciente dessa natureza solto e ele comete um desatino, o Supremo Tribunal Federal será responsabilizado. Eu não quero assumir essa

²³⁷ BRASIL, STF. HC nº 98.360/RS, Primeira Turma, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, p. 17-18. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

²³⁸ BRASIL, STF. HC nº 98.360/RS, Primeira Turma, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, p. 29. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

responsabilidade²³⁹”. Assim, Lewandowski entendia que não se poderia simplesmente deixar o paciente em liberdade, pois seria muito temerário para a sociedade. Em sua fala houve a reprodução da relação entre perigo e doença mental, quase sempre reafirmada pelo senso comum.

Vale destacar que não se está afirmando que é impossível que um indivíduo, em decorrência de seu estado mental, apresente-se como um risco para si mesmo ou para as pessoas ao seu redor. A crítica feita aqui diz respeito à relação entre as noções de loucura e de crime, e até de perigo, como se todo doente mental fosse um delinquente em potencial. Conforme demonstrado na seção anterior, pesquisas científicas já comprovaram que o perigo não é inerente à doença mental, tampouco o é o crime. Critica-se, ainda, a presunção de periculosidade implícita em no Código Penal Brasileiro, que prevê apenas um prazo mínimo para o cumprimento das medidas de segurança, mas não um prazo máximo, condicionando a sua extinção à cessação da periculosidade, esquecendo que, na maioria dos casos, desde o início não existia qualquer perigo. Essa concepção apenas reforça o estigma do “louco infrator”, ao considerar o doente mental como um potencial delinquente e, ainda, um “provável reincidente”.

No julgamento do HC, os Ministros ressaltaram que o paciente já havia sido submetido ao procedimento de interdição, e que a curadora era sua irmã. Ao final, concluíram que mesmo sendo extinta a medida de segurança, o paciente deveria ficar sob “a proteção e a guarda” do Estado, nos termos da Lei nº 10.216/2001, devendo ser encaminhado para hospital psiquiátrico público, e podendo ser submetido ao procedimento de desinternação progressiva, previsto na referida lei. Portanto, a solução foi semelhante à do caso anterior.

4.1.3 A EXTINÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NÃO É O FIM DA INTERNAÇÃO: HABEAS CORPUS Nº 107.432

O *Habeas Corpus* 107.432²⁴⁰ do Rio Grande do Sul, julgado em 2011, dizia respeito a um paciente que havia praticado a conduta prevista no tipo penal de homicídio qualificado, contra seu pai, em 08/03/1985. Por ter sido diagnosticado com esquizofrenia paranoide e transtorno de personalidade paranoide, o agente foi submetido à medida segurança de internação. Segue ementa do acórdão do referido HC:

EMENTA: PENAL. HABEAS CORPUS. RÉU INIMPUTÁVEL. MEDIDA DE

²³⁹ BRASIL, STF. HC nº 98.360/RS, Primeira Turma, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, p. 30. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

²⁴⁰ BRASIL, STF. HC nº 107.432/RS, Primeira Turma, Rel. Min. Ricardo Lewandowski. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

SEGURANÇA. PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA. PERICULOSIDADE DO PACIENTE SUBSISTENTE. TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, NOS TERMOS DA LEI 10.261/2001. WRIT CONCEDIDO EM PARTE. I – Esta Corte já firmou entendimento no sentido de que o prazo máximo de duração da medida de segurança é o previsto no art. 75 do CP, ou seja, trinta anos. Na espécie, entretanto, tal prazo não foi alcançado. II - Não há falar em extinção da punibilidade pela prescrição da medida de segurança uma vez que a internação do paciente interrompeu o curso do prazo prescricional (art. 117, V, do Código Penal). III – **Laudo psicológico que reconheceu a permanência da periculosidade do paciente, embora atenuada, o que torna cabível, no caso, a imposição de medida terapêutica em hospital psiquiátrico próprio.** IV – **Ordem concedida em parte para determinar a transferência do paciente para hospital psiquiátrico que disponha de estrutura adequada ao seu tratamento, nos termos da Lei 10.261/2001, sob a supervisão do Ministério Público e do órgão judicial competente.** (HC 107432, Relator(a): Min. RICARDO LEWANDOWSKI, Primeira Turma, julgado em 24/05/2011, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-110 DIVULG 08-06-2011 PUBLIC 09-06-2011 RMDPPP v. 7, n. 42, 2011, p. 108-115 RSJADV set., 2011, p. 46-50) (grifos nossos)

No momento do julgamento pelo STF, o paciente já se encontrava internado há mais de 26 anos. Mais uma vez, era a Defensoria Pública que estava a proteger o direito do paciente, impetrando *habeas corpus* contra decisão do STJ que manteve o acórdão do 2º grau que entendeu pela não ocorrência da prescrição da medida de segurança. A defesa sustentou, em síntese, o seguinte:

[...] que a medida imposta ao paciente converteu-se em segregação perpétua, em franca violação ao princípio da dignidade da pessoa humana e da vedação de penas de caráter perpétuo. Afirma, mais, que deve-se permitir ao assistido que se submeta a tratamento digno e adequado para sua patologia, uma vez que a doença que o acomete pode ser perfeitamente controlada por acompanhamento ambulatorial e uso de medicamentos. Alega, ainda, que a medida de segurança deve ter um limite temporal máximo, correspondente ao máximo da pena cominada abstratamente ao crime cometido. Dessa forma, segundo a impetrante, a sanção imposta ao paciente estaria fulminada pela prescrição da pretensão executória. Requer, ao final, o deferimento da liminar para que seja determinada a suspensão dos efeitos do acórdão proferido pelo STJ. No mérito, pede a concessão da ordem com o objetivo de restabelecer a decisão que decretou a prescrição da medida de segurança, encaminhando-se o paciente para tratamento adequado.

No que diz respeito à alegação de prescrição, os ministros entenderam pela sua não ocorrência, tendo em vista que, de acordo com o art. 117, V, do Código Penal²⁴¹, o prazo prescricional é interrompido no momento do início do cumprimento da medida de segurança, o que teria ocorrido em 1987, ou seja, aproximadamente dois anos após a prática do crime.

Em relação à alegação de indeterminação do prazo de duração da medida de segurança, os ministros reiteraram que já houve posicionamento do próprio STF no sentido de que o limite de duração para o cumprimento das medidas de segurança é o mesmo previsto para as penas, ou seja, de trinta anos. No entanto, neste caso o limite ainda não havia sido ultrapassado.

²⁴¹ Art. 117 - O curso da prescrição interrompe-se:

[...]

V - pelo início ou continuação do cumprimento da pena; [...].

No entanto, entendeu-se pela concessão parcial da segurança, a fim de restabelecer a sentença no que diz respeito tão somente à determinação de que as autoridades procedam à adoção de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida fora do âmbito do Instituto Psiquiátrico Forense”.

O paciente havia iniciado seu tratamento em 08/03/1985, recebendo a alta progressiva em 23/04/1992. Ocorre que no ano de 1994 ele perdeu o benefício pelo fato de ter se atrasado no retorno de um passeio. Posteriormente, em 1995, o mencionado benefício lhe foi conferido mais uma vez.

O último laudo psiquiátrico do paciente menciona que ele permaneceu em unidade aberta, seguindo no uso regular de medicamentos, não tendo registrado “agudização da sintomatologia psicótica, conduta agressiva ou atuação grave”. O exame

informa também que seu apoio sócio-familiar encontra-se restrito a visitas esporádicas de uma irmã. Conclui o laudo que persistem os elementos determinantes de sua periculosidade social, embora atenuados, de modo que não se encontra em condições de retornar ao convívio social pleno, mas que pode continuar usufruindo do benefício da alta progressiva.²⁴²

Pelo fato de o laudo ter concluído pela subsistência da periculosidade do paciente, apesar de se encontrar atenuada, o Supremo concluiu que não seria cabível simplesmente extinguir a medida de segurança. O relator do caso, o Ministro Ricardo Lewandowski, expôs em seu voto o seguinte:

[...] não é de se decretar a extinção pura e simples da medida visto que o laudo psiquiátrico atesta que subsiste a periculosidade social do paciente. Com efeito, é de se ter em conta o que prescreve o art. 97, § 1º, do Código Penal, no sentido de que a internação será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não cessar a periculosidade do agente. Contudo, tenho que a duração prolongada da medida sem que se obtivesse melhora significativa do quadro clínico está a revelar a necessidade de se optar por outra modalidade de tratamento, que não o internamento em manicômio judiciário, pois, como relembra o representante do Parquet federal, “o caso não é mais um caso penal. O caso é de saúde pública e como tal deve ser tratado”. Por tal razão, entendo que o paciente deve continuar sob a custódia do Estado, tendo em conta o último laudo psiquiátrico, que informa a permanência de sua periculosidade, embora de forma atenuada, o que indica ser cabível, na espécie, a adoção da política de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, prevista na Lei 10.261/2001.²⁴³

Assim, apesar de o STF ter firmado o entendimento no sentido de que o prazo máximo para a duração da medida de segurança é de 30 anos, neste caso, apesar de não ter atingido ainda esse tempo, os ministros concluíram pela possibilidade da aplicação da desinternação progressiva, mesmo existindo exame psiquiátrico que concluiu pela permanência da

²⁴² BRASIL, STF. HC nº 107.432/RS, Primeira Turma, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, p. 09. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

²⁴³ BRASIL, STF. HC nº 107.432/RS, Primeira Turma, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, p. 08-09. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

periculosidade. Assim, percebe-se que, mesmo antes dos trinta anos, o Supremo já decidiu pela extinção da medida de segurança, em função do longo período de internação.

4.1.4 A PRESCRIÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA: HABEAS CORPUS Nº 107.777

Por fim, a mais recente decisão encontrada a partir dos parâmetros pesquisados diz respeito ao *Habeas Corpus* 107.777²⁴⁴ do Rio Grande do Sul. Segue ementa da decisão do Supremo:

Ementa: HABEAS CORPUS. MEDIDA DE SEGURANÇA. EXTINÇÃO DA PUNIBILIDADE. PRESCRIÇÃO. NÃO-OCORRÊNCIA. DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA. ORDEM PARCIALMENTE CONCEDIDA. 1. As medidas de segurança se submetem ao regime ordinariamente normado da prescrição penal. Prescrição a ser calculada com base na pena máxima cominada ao tipo penal debitado ao agente (no caso da prescrição da pretensão punitiva) ou com base na duração máxima da medida de segurança, trinta anos (no caso da prescrição da pretensão executória). Prazos prescricionais, esses, aos quais se aplicam, por lógico, os termos iniciais e marcos interruptivos e suspensivos dispostos no Código Penal. 2. Não se pode falar em transcurso do prazo prescricional durante o período de cumprimento da medida de segurança. Prazo, a toda evidência, interrompido com o início da submissão do paciente ao “tratamento” psiquiátrico forense (inciso V do art. 117 do Código Penal). 3. No julgamento do HC 97.621, da relatoria do ministro Cezar Peluso, a Segunda Turma do Supremo Tribunal Federal entendeu cabível a adoção da desinternação progressiva de que trata a Lei 10.261/2001. Mesmo equacionamento jurídico dado pela Primeira Turma, ao julgar o HC 98.360, da relatoria do ministro Ricardo Lewandowski, e, mais recentemente, o RHC 100.383, da relatoria do ministro Luiz Fux. 4. No caso, o paciente está submetido ao controle penal estatal desde 1984 (data da internação no Instituto Psiquiátrico Forense) e se acha no gozo da alta progressiva desde 1986. Pelo que não se pode desqualificar a ponderação do Juízo mais próximo à realidade da causa. 5. Ordem parcialmente concedida para assegurar ao paciente a desinternação progressiva, determinada pelo Juízo das Execuções Penais. (HC 107777, Relator(a): Min. AYRES BRITTO, Segunda Turma, julgado em 07/02/2012, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-073 DIVULG 13-04-2012 PUBLIC 16-04-2012 RT v. 101, n. 922, 2012, p. 726-730) (grifos nossos)

No julgamento do caso, o STF deixou claro o seu entendimento acerca da prescrição em matéria de medidas de segurança, que ocorre de forma semelhante à da pena propriamente dita. No caso da prescrição da pretensão punitiva, esta deve ser regida pela pena máxima prevista abstratamente para o tipo penal. Em relação à prescrição da pretensão executória, esta deverá tomar como base a duração máxima da medida de segurança, que, segundo o Supremo Tribunal Federal, é de trinta anos. Ademais, foi firmado o entendimento de que não se pode falar em transcurso de prazo prescricional durante o cumprimento da medida, haja vista que houve a sua interrupção com o início do internamento, baseando-se no art. 117, V, CP.

²⁴⁴ BRASIL, STF. HC nº 107.777/RS, Segunda Turma, Rel. Min. Ayres Britto. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

A partir da análise dos quatro acórdãos, foi possível verificar que o Supremo Tribunal Federal firmou entendimento no sentido de que as medidas de segurança possuem como limite de duração o tempo previsto no art. 75 do Código Penal, isto é, trinta anos. Assim, mesmo que exista exame psiquiátrico concluindo pela manutenção da periculosidade do agente, o STF possibilita a extinção da medida de segurança, porém a condiciona à continuidade do tratamento em hospital público psiquiátrico, devendo o paciente ficar sob a proteção do Ministério Público e da autoridade competente. Pode-se, inclusive, ser concedido o benefício da desinternação progressiva, previsto na Lei nº 10.261/2001.

Será analisada, em seguida, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça acerca dos limites temporais das medidas de segurança.

4.2 Da inovação trazida pela Súmula nº 527 do Superior Tribunal de Justiça

No ano de 2015, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 527, que dispõe que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”. Assim, percebe-se que o entendimento é diferente daquele defendido pelo STF.

Ao realizar uma pesquisa na seção “Súmulas Anotadas” do site do Superior Tribunal de Justiça, utilizando a expressão “Súmula 527”, é possível encontrar os precedentes originários da Súmula. No entanto, ao analisar esses precedentes, outros foram encontrados, chegando-se justamente ao primeiro julgamento do STJ que decidiu por esse entendimento.

É curioso observar que alguns dos acórdãos analisados no subitem anterior diziam respeito justamente a *habeas corpus* interpostos contra decisões do STJ que haviam concluído pela impossibilidade de extinção da medida de segurança, por entender que tal instituto deveria perdurar até que houvesse a cessação da periculosidade. Sabe-se que, pelo fato de o STJ ser composto por várias turmas, é possível que existam certas divergências entre elas. No entanto, a transformação do entendimento em Súmula confere uma unificação à temática, consolidando-o.

A fim de verificar os fundamentos que levaram o Superior Tribunal de Justiça a fixar o limite temporal para a duração das medidas de segurança – diferente daquele adotado pelo Supremo –, será analisado o julgamento que serviu como ponto de partida para a edição da Súmula nº 527.

4.2.1 APLICAÇÃO DO PRINCÍPIO DA ISONOMIA ÀS MEDIDAS DE SEGURANÇA: HABEAS CORPUS Nº 121877

O julgamento do *Habeas Corpus* 121877²⁴⁵, do Rio Grande do Sul, representou uma decisão paradigmática sobre o assunto. Apesar de não constar expressamente na lista de antecedentes originários, a partir de uma pesquisa mais acurada, verificou-se que ele foi o primeiro caso no STJ em que se concluiu pela limitação temporal das medidas de segurança à pena abstratamente prevista para o tipo penal praticado. Segue a ementa do acórdão:

HABEAS CORPUS. PENAL. EXECUÇÃO PENAL. MEDIDA DE SEGURANÇA. PRAZO INDETERMINADO. **VEDAÇÃO CONSTITUCIONAL DE PENAS PERPÉTUAS. LIMITE DE DURAÇÃO. PENA MÁXIMA COMINADA IN ABSTRATO AO DELITO COMETIDO. PRINCÍPIOS DA ISONOMIA E DA PROPORCIONALIDADE.** ORDEM CONCEDIDA.

1. A Constituição Federal veda, em seu art. 5º, inciso XLII, alínea b, penas de caráter perpétuo e, sendo a medida de segurança espécie do gênero sanção penal, deve-se fixar um limite para a sua duração.

2. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, à luz dos princípios da isonomia e da proporcionalidade.

3. Ordem concedida para declarar extinta a medida de segurança aplicada em desfavor da paciente, em razão do seu integral cumprimento.

(HC 121.877/RS, Rel. Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA, SEXTA TURMA, julgado em 29/06/2009, DJe 08/09/2009) (grifos nossos)

Determinada paciente que havia sido submetida à medida de segurança por ter praticado os tipos penais de lesão corporal, ameaça e dano, encontrava-se internada há mais de oito anos. Por esse motivo, o juízo da Vara de Execuções Penais da Comarca de Porto Alegre entendeu pela prescrição da medida, determinando a extinção da punibilidade, nos seguintes termos:

A Constituição Federal veda a prisão de caráter perpétuo (art. 5º, XLVII, 'b'). Somente são imprescritíveis a prática do racismo (art. 5º, XLII) e a ação de grupos armados, civis ou militares, contra a ordem constitucional e o Estado democrático (art. 5º, XLIV). A imprescritibilidade, entretanto, vale apenas para a persecutio e não para a fase da execução da pena, ou seja, a pena in concreto.

O instituto da Medida de Segurança funda-se na periculosidade. O paciente será internado em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, se inimputável, ou será submetido a Tratamento ambulatorial, se semi-imputável.

A dificuldade para o exame da prescrição, já que não existe prisão em caráter perpétuo, é a de que o apenado-paciente é absolvido com 'conteúdo condenatório' (Vicente Greco Filho), a denominada absolvição imprópria, pois o instituto da prescrição é regulado pela pena aplicada ou in abstracto.

Pela leitura da legislação infraconstitucional as Medidas de Segurança quanto ao inimputável são imprescritíveis, conforme art. 97, § 1º, do Código Penal. A prescrição referida no art. 96, parágrafo único, do Código Penal diz respeito à Medida de Segurança aplicada ao semi-imputável, que sofre uma condenação.

Como se diz, a lei deve ser lida conforme a Constituição, sendo vedada uma interpretação da Constituição com base na lei.

Embora não exista uma quantificação para o inimputável, a jurisprudência e a doutrina sustentam que deve ser aplicado o art. 109 do Código Penal, divergindo

²⁴⁵ BRASIL, STJ. HC nº 121877/RS, Sexta Turma, Rel. Min. Maria Thereza de Assis Moura. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 17 set. 2017.

apenas quanto ao prazo. Há duas correntes. Uma que defende o parâmetro mínimo e outra que defende o parâmetro máximo dos ilícitos.

[...]

2 – A Medida de Segurança está prescrita no presente caso, pois a paciente está internada há 8 anos, 9 meses e 25 dias, ou seja, desde 10/10/1999. A prescrição do crime é de 4 anos (pena in abstracto).

[...]

4 – A paciente, de qualquer modo, não poderá ficar mais no Instituto Psiquiátrico Forense depois da transição retro mencionada, pois o caso não é mais um caso penal. O caso é de saúde pública e como tal deve ser tratado.

5 – Estou mobilizando a sociedade civil e os órgãos governamentais competentes (autoridades sanitárias), para tomarem as medidas legais para receberem os pacientes na rede pública de saúde mental.

[...]

III – Isso posto, DECRETO a prescrição, devendo a paciente ser liberada dentro de 1 ano, a contar da comunicação ao Diretor do Instituto Psiquiátrico Forense.

O Ministério Público recorreu da decisão, defendendo que tal entendimento só seria possível se houvesse uma mudança na legislação, tendo em vista que o Código Penal determina que a medida de segurança só será extinta quando for verificada a cessação da periculosidade do agente.

O Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul acatou o recurso interposto pelo Ministério Público. Em decorrência da inconformidade da Defensoria Pública com a decisão, o caso chegou até Superior Tribunal de Justiça. Assim, foi impetrado *habeas corpus* contra o acórdão, fundamentando-se na proibição constitucional das penas perpétuas e aduzindo que esta previsão também se aplica às medidas de segurança, por serem semelhantes às penas. Defendeu-se a extinção da medida de segurança ante a ocorrência da prescrição, pelo fato de a paciente já se encontrar internada há mais de oito anos, e esclareceu que, se a família quisesse, deveria buscar o tratamento devido, pois os problemas da paciente passariam a ser problemas de saúde, e não mais de execução penal.

Ao se manifestar no processo, o Ministério Público Federal opinou favoravelmente ao pleito da Defensoria, pois entendeu que, por não existir pena em concreto para a medida de segurança, o seu prazo prescricional deve ser regulado pelo máximo da pena abstratamente cominada para o tipo penal.

Durante o julgamento, a Ministra Maria Thereza de Assis Moura, relatora do caso, mencionou que uma questão extremamente semelhante havia sido levada recentemente ao STJ e analisada pela Quinta Turma, oportunidade em que os ministros haviam chegado à conclusão de que a medida de segurança possui duração indeterminada, só podendo ser extinta quando for verificada a cessação da periculosidade. No entanto, a referida ministra trouxe um entendimento diferente para a questão. Para ela, não havia que se falar em prescrição, mas em limite máximo de duração das medidas de segurança.

A Maria Thereza de Assis Moura salientou que

a discussão, neste *writ*, deve desenvolver-se em torno da questão da duração máxima da medida de segurança, no sentido de se fixar uma restrição à intervenção estatal em relação ao inimputável na esfera penal. [...] Consta-se, portanto, que a lei fixa prazo mínimo para a duração da medida. No entanto, quanto à sua duração máxima, afirma que será por prazo indeterminado, condicionando a sua extinção à “cessação de periculosidade” do agente. [...] É fato que a internação em hospital de custódia e tratamento, a despeito de não ser pena, impõe, ao custodiado, limitações à sua liberdade, em razão da prática de um fato descrito como crime. Pode-se afirmar, pois, que a medida de segurança é uma espécie do gênero sanção penal, ao lado da pena. Partindo dessa concepção, à luz do disposto na alínea *b* do inciso XLII do art. 5º, que afirma que “não haverá penas de caráter perpétuo”, deve-se buscar um limite temporal máximo para a execução da medida de segurança. Em relação à pena privativa de liberdade, o Código Penal, em seu art. 75, determinou que o seu tempo de cumprimento não pode ser superior a 30 (trinta) anos.²⁴⁶

Durante seu voto, a ministra citou a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal no sentido de que a limitação temporal das medidas de segurança deve seguir a previsão contida no art. 75 do Código Penal, ou seja, de trinta anos.

As penas abstratamente previstas para as condutas praticadas pela paciente no caso em julgamento foram as seguintes: detenção de 3 (três) meses a 1 (um) ano para a lesão corporal (art. 129, CP), detenção de 1 (um) a 6 (seis) meses para a ameaça (art. 147, CP), e, por fim, detenção de 1 (um) a 6 (seis) meses para o dano (art. 163, CP). Somando-se as penas máximas previstas para os tipos penais, chega-se à conclusão de que a paciente, caso fosse imputável, teria uma pena máxima de dois anos. A ministra então defende o seguinte:

No 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.

Veja-se o caso em análise, em que a paciente encontra-se submetida a medida de segurança há mais de 9 (nove) anos, sem previsão para o seu término, enquanto que um imputável que praticasse os mesmos delitos por ela cometidos, em tese, permaneceria encarcerado por, no máximo, 2 (dois) anos.²⁴⁷

Percebe-se, por conseguinte, que um dos fundamentos da ministra foi justamente o princípio da isonomia. Na prática, trata-se de forma mais prejudicial o inimputável do que o imputável, tendo em vista que o primeiro possui uma pena determinada, a qual, inclusive, pode ter seu cumprimento diminuído em função dos benefícios concedidos durante a execução penal. O segundo, diferentemente, permanece internado por tempo indeterminado, até que um laudo ateste a cessação de sua periculosidade.

²⁴⁶ BRASIL, STJ. HC nº 121877/RS, Sexta Turma, Rel. Min. Maria Thereza de Assis Moura, p. 08-09. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 17 set. 2017.

²⁴⁷ BRASIL, STJ. HC nº 121877/RS, Sexta Turma, Rel. Min. Maria Thereza de Assis Moura, p. 11. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 17 set. 2017.

Maria Thereza de Assis Moura, invocando a proibição das penas perpétuas, bem como os princípios isonomia e proporcionalidade, concluiu pela necessidade de fixação de um prazo máximo de duração para as medidas de segurança. Em seu entendimento, o limite temporal deveria ser a pena máxima abstratamente cominada para o tipo penal.

A ministra também fez menção ao fato de que o Decreto Presidencial nº 6.706, de 23 de dezembro de 2008, trouxe esta mesma tese, ao prever o seguinte:

Art. 1º. É concedido indulto:

[...]

VIII - aos submetidos à medida de segurança que, até 25 de dezembro de 2008, tenham suportado privação da liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada ou, nos casos de substituição prevista no art. 183 da Lei no 7.210, de 1984, por período igual ao tempo da condenação, mantido o direito de assistência nos termos do art. 196 da Constituição.

Assim, a partir do voto de Maria Thereza de Assis Moura, os ministros do STJ, pelo voto da maioria, entenderam que deve cessar a intervenção penal do Estado quando a medida de segurança atingir o tempo da pena máxima abstratamente prevista para a conduta praticada, mesmo que os laudos psiquiátricos atestem a não cessação da periculosidade. Concluiu-se que caberá ao Ministério Público, caso seja extremamente necessário à proteção do indivíduo ou da sociedade, adotar o procedimento de interdição no âmbito civil. Em caso contrário, estará encerrada a intervenção estatal, mas deve o Estado proporcionar condições para que o internado retorne ao convívio em sociedade.

Durante o julgamento, foi mencionada a Lei nº 10.216/2001, que diz respeito à proteção e aos direitos das pessoas com transtorno mental, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, com uma tendência à desinstitucionalização, conforme já tratado neste trabalho. A ministra também fez menção ao direito à saúde, previsto como um direito fundamental na Constituição Federal, apesar de não ter sido feito qualquer aprofundamento sobre o assunto.

O STJ recebeu a notícia de que foi proferida uma nova decisão pelo juízo da Vara de Execuções Penais, concedendo indulto à paciente, com base no disposto no inciso VIII do artigo 1º do Decreto nº 6.706/08, no entanto, houve a determinação de que a liberação deveria ocorrer no prazo de um ano. Dessa forma, a medida não foi realmente extinta, pois ainda iria perdurar por mais um ano. Por este motivo, a ministra declarou extinta a medida de segurança aplicada em favor da paciente. Seu voto foi acompanhado pela maioria dos ministros.

Foram analisados os demais precedentes originários da Súmula nº 527, porém, percebeu-se que os argumentos trazidos na fundamentação eram praticamente os mesmos, fazendo alusão ao voto da Ministra Maria Thereza de Assis Moura e, muitas vezes, mencionando as decisões do STF sobre o tema, razão pela qual se optou por não os apresentar

neste trabalho.

4.2.2 UMA ANÁLISE SOBRE A (DES)PROPORCIONALIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

A ministra Maria Thereza de Assis Moura, no julgamento do *Habeas Corpus* 121877, entendeu que era imprescindível invocar o princípio da proporcionalidade. Apesar de não ter sido feita uma apreciação aprofundada do princípio, entende-se que é necessário, aqui, realizar essa análise.

Pergunta-se, inicialmente, o seguinte: é proporcional privar de sua liberdade por tempo indeterminado um doente mental que cometeu um injusto penal? Para responder a essa questão de forma técnica, é necessário realizar uma averiguação um pouco mais detalhada. Antes de prosseguir, impende fazer um esclarecimento conceitual sobre a noção de proporcionalidade:

A regra da proporcionalidade é uma regra de interpretação e aplicação do direito [...], empregada especialmente nos casos em que um ato estatal, destinado a promover a realização de um direito fundamental ou de um interesse coletivo, implica a restrição de outro ou outros direitos fundamentais. O objetivo da aplicação da regra da proporcionalidade, como o próprio nome indica, é fazer com que nenhuma restrição a direitos fundamentais tome dimensões desproporcionais. É [...] uma *restrição às restrições*. Para alcançar esse objetivo, o ato estatal deve passar pelos exames da adequação, da necessidade e da proporcionalidade em sentido estrito. Esses três exames são, por isso, considerados como subprincípios da regra da proporcionalidade.²⁴⁸

Em última análise, a imposição das medidas de segurança pelo Estado e a sua duração contrapõem dois direitos fundamentais: a liberdade do agente *versus* a segurança da sociedade. Não tendo ocorrido crime, devido à inimizabilidade do indivíduo, poderia o legislador brasileiro ter escolhido outra resposta ao injusto penal, como já ocorreu em períodos anteriores de nossa história, conforme já explanado neste trabalho. Como visto, o destino dado a essas pessoas já foi o envio a hospitais psiquiátricos comuns, ou até a própria permanência em sua residência com a família. Mas o que motivou a criação deste instituto foi justamente a suposta necessidade de se opor ao perigo imposto à sociedade pelo doente mental, devendo-se prezar pela segurança da comunidade.

Para verificar a proporcionalidade da restrição a direitos, deve-se realizar uma análise da adequação, da necessidade e da proporcionalidade em sentido estrito, exatamente nesta ordem, pois só se passará à seguinte se a anterior não tiver resolvido a situação. Assim, esses elementos se relacionam de forma subsidiária entre si, e averiguação da proporcionalidade pode,

²⁴⁸ SILVA, Luís Virgílio Afonso da. O proporcional e o razoável. In: **RT**, São Paulo, ano 91, n. 798, p. 23-50, abr. 2002, p. 24.

inclusive, se esgotar na análise da adequação.²⁴⁹

O primeiro elemento da proporcionalidade pode ser assim conceituado: adequado não é apenas “o meio com cuja utilização um objetivo é alcançado, mas também o meio com cuja utilização a realização de um objetivo é fomentada, promovida, ainda que o objetivo não seja completamente realizado”²⁵⁰. A medida só será considerada inadequada se de forma alguma tiver a aptidão de fomentar o objetivo pretendido.

É necessário identificar qual a finalidade da medida, ou seja, qual o objetivo que é perseguido com a sua instituição. O fim primordial das medidas de segurança é a proteção da sociedade²⁵¹, evitando que o indivíduo venha a cometer novos injustos penais. Para verificar a adequação da medida, deve-se perguntar: o meio tem aptidão para ao menos fomentar a realização do fim? Ou seja, manter um doente mental internado durante um período de tempo indeterminado – normalmente um longo período – possui a aptidão de estimular o não cometimento de ilícitos-típicos por essas pessoas? Realiza-se, portanto, a finalidade de proteção da sociedade? A resposta é positiva, tendo em vista que, por estarem sendo controlados dentro da instituição total, tanto por meio da ingerência estatal física em suas vidas, dentro dos altos muros dos centros psiquiátricos e pela proibição de saídas, bem como pela intervenção em sua saúde através da manipulação de medicamentos, é certo que o objetivo de proteger a população de eventuais injustos penais por eles praticados será fomentado. Assim, a medida é considerada adequada para o fim almejado.

Passa-se então à verificação da necessidade. Uma medida do Estado que limita um direito fundamental somente é considerada necessária “caso a realização do objetivo perseguido não possa ser promovida, com a mesma intensidade, por meio de outro ato que limite, em menor medida, o direito fundamental atingido”²⁵². O exame da necessidade é, portanto, um exame comparativo. A pergunta a ser feita aqui é a seguinte: existe outro meio menos restritivo dos direitos fundamentais dos internos que, na mesma intensidade, realize o objetivo pretendido, isto é, a proteção da sociedade? Esta análise, por ser comparativa, é mais

²⁴⁹ SILVA, Luís Virgílio Afonso da. O proporcional e o razoável. In: **RT**, São Paulo, ano 91, n. 798, p. 23-50, abr. 2002, p. 34.

²⁵⁰ SILVA, Luís Virgílio Afonso da. O proporcional e o razoável. In: **RT**, São Paulo, ano 91, n. 798, p. 23-50, abr. 2002, p. 36.

²⁵¹ Poder-se-ia alegar que o principal objetivo das medidas de segurança é o tratamento dos internos, tendo em vista que o Código Penal prevê em seu art. 99 que “o internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”. No entanto, durante a elaboração deste trabalho, a partir de pesquisa doutrinária e empírica, foi possível verificar que, em realidade, os pacientes não recebem qualquer tratamento, razão pela qual não iremos considerar esta como a finalidade primordial das medidas de segurança, pois tal previsão legislativa não passa de letra morta.

²⁵² SILVA, Luís Virgílio Afonso da. O proporcional e o razoável. In: **RT**, São Paulo, ano 91, n. 798, p. 23-50, abr. 2002, p. 38.

complexa.

O primeiro passo é identificar quais são os direitos limitados pela medida. O principal direito envolvido no caso é, sem sombra de dúvidas, a liberdade do indivíduo. Entretanto, o direito à saúde também é restringido, pois, pelo fato de os centros psiquiátricos judiciários serem instituições penitenciárias, possuem várias das características que são próprias do sistema penitenciário, como, por exemplo, a presença de agentes penitenciários, a existência de celas ao invés de quartos – o que ocorre em muitos, mas não em todos os CPJs do país –, a disciplina extremamente regrada da instituição, bem como a impossibilidade de oferecer um tratamento adequado aos internos. No CPJ, os funcionários têm como função primordial a manutenção da ordem, a partir do controle dos pacientes. Nessas condições, não é possível garantir um tratamento eficaz, o que restringe sobremaneira o direito à saúde dos pacientes.

Ainda há outro direito fundamental que é violado: a dignidade da pessoa humana. Conforme já mencionado neste trabalho, são recorrentes as denúncias do uso excessivo de medicamentos, a fim de controlar os internos dos CPJs, o que claramente retira a capacidade de autodeterminação dos pacientes, contribuindo para a perda da própria identidade, que é um atributo tão caro ao ser humano.

Identificados os direitos violados, deve-se cotejar o meio utilizado com outros meios alternativos. Cabe destacar, entretanto, a impossibilidade de identificar e fazer a análise comparativa de todos os meios possíveis, tendo em vista que seria necessário um trabalho específico apenas para isso, a ser realizado através de uma abordagem interdisciplinar, com um estudo demasiadamente denso.

No entanto, entende-se que a submissão dos pacientes a tratamento em hospital ou estabelecimento não dotado de características penais, que permitisse a utilização de todas as formas de tratamento que se fizessem necessárias, inclusive métodos extra-hospitalares, seria capaz de tratar as doenças de forma mais efetiva. Assim, é possível afirmar que existem, sim, outras medidas menos limitadoras dos direitos fundamentais atingidos, e igualmente dotadas de eficácia, pois, ao tratar ou curar a doença que eventualmente possa vir a trazer algum risco, em decorrência de surto, certamente estar-se-ia protegendo a sociedade e até o próprio indivíduo.

É possível, ainda, que seja levantada a alegação de que esses outros meios não produziram o objetivo pretendido com a mesma intensidade, o que acarretaria a configuração do elemento “necessidade” da medida. Assim, entende-se que é preferível realizar também a análise da proporcionalidade em sentido estrito.

O terceiro e último elemento da proporcionalidade, que é a proporcionalidade em sentido estrito “consiste em um sopesamento entre a intensidade da restrição ao direito

fundamental atingido e a importância da realização do direito fundamental que com ele colide e que fundamenta a adoção da medida restritiva”²⁵³. Dessa forma, um meio será considerado desproporcional se os seus motivos determinantes não forem tão fortes a ponto de justificar as limitações dos direitos fundamentais atingidos. A concretização do direito protegido pela medida deve ser extremamente relevante, a fim de que seja capaz de justificar tamanhas restrições.

Em relação ao instituto ora em análise, cabe indagar: a proteção da segurança da sociedade tem peso suficiente para fundamentar as violações ao direito à liberdade, à saúde e à dignidade? É válido, inclusive, questionar o seguinte: a proteção à sociedade conferida pelas medidas segurança é mesmo tão forte assim?

Sabe-se que, conforme já mencionado, são pouquíssimos os casos em que os crimes – no caso, injustos penais – são praticados por indivíduos com doença mental. O que conduz à conclusão de que as chances de um doente mental cometer um delito são demasiadamente inferiores às de uma pessoa considerada com a saúde mental “normal”. Portanto, é bem mais provável que este último venha a cometer crimes e, portanto, ser mais “nocivo” à sociedade. Levando o raciocínio ao extremo, porém apenas como forma de trazer uma consideração explicativa, seria mais “eficaz” cercear por tempo indeterminado a liberdade dos imputáveis do que dos inimputáveis.

Feitas essas considerações, apesar de o direito à segurança ser importante, percebe-se que, no caso, ele não tem força suficiente para justificar as restrições aos direitos dos indivíduos submetidos às medidas de segurança. Portanto, é possível concluir que as medidas de segurança, nos moldes em que se apresentam atualmente, são desproporcionais.

4.3 A repercussão nos tribunais: prevalência dos limites temporais ou preponderância da noção de periculosidade?

Após as análises dos tópicos anteriores, resta agora uma questão importante: levando-se em consideração a aparente divergência entre o entendimento do STF, o do STJ e a legislação – que prevê a cessação da periculosidade como única possibilidade de extinção das medidas de segurança –, como os tribunais em todo o Brasil estão decidindo sobre o assunto? Esta pergunta causou inquietação, por isso considera-se importante fazer uma análise da jurisprudência mais recente dos tribunais de 2ª instância, a fim de elucidar essa questão.

²⁵³ SILVA, Luís Virgílio Afonso da. O proporcional e o razoável. In: **RT**, São Paulo, ano 91, n. 798, p. 23-50, abr. 2002, p. 40.

Assim, com o objetivo de verificar a repercussão da Súmula nº 527 do Superior Tribunal de Justiça nos tribunais brasileiros, foi realizada uma pesquisa nos sites dos tribunais de todos os estados da federação e do Distrito Federal. Para tanto, a pesquisa se restringiu às decisões tomadas a partir de 2015, ano em que foi editada a mencionada Súmula. Foram utilizados como parâmetros de busca para a pesquisa os seguintes: “medida de segurança”, “duração medida segurança”, “limite medida segurança”, “prazo medida de segurança”. Para elaborar a pesquisa, foi feita uma análise das ementas dos acórdãos.

Foram encontradas maiores dificuldades em alguns sites de tribunais do que em outros, pois nem todos estavam adequadamente alimentados com as decisões. Além do mais, em alguns deles, não foi encontrado nenhum resultado a partir dos parâmetros de pesquisa utilizados. No entanto, entendeu-se que o resultado obtido de uma forma geral é suficiente para demonstrar a tendência da maioria dos tribunais.

No Tribunal de Justiça de Minas Gerais, foram encontrados acórdãos com os dois entendimentos jurisprudenciais²⁵⁴. Alguns se referiam à Súmula do STJ e, outros, à jurisprudência do STF. Assim, uma parte deles limitava a medida de segurança ao tempo máximo de cumprimento da pena, ou seja, trinta anos, enquanto outros citavam expressamente a Súmula do STJ, fixando como parâmetro a pena máxima abstratamente prevista para o tipo penal.

Em relação ao Tribunal de Justiça de São Paulo, todas as ementas citavam a Súmula nº 527 do Superior Tribunal de Justiça²⁵⁵. Em uma delas, no entanto, foi feita referência também ao entendimento do STF, da seguinte forma:

O tempo de duração da medida de segurança deve ser limitado à pena máxima abstratamente cominada ao delito perpetrado ou ao limite de 30 (trinta) anos estabelecido no artigo 75, do Código Penal, caso o máximo da pena cominada seja

²⁵⁴ BRASIL, TJ/MG. Apelação Criminal 1.0024.15.182782-1/001 1827821-92.2015.8.13.0024, Rel. Des.(a) Maria Luíza de Marilac. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/>>. Acesso em: 28 set. 2017; BRASIL, TJ/MG. Emb Infring e de Nulidade 1.0024.12.342929-2/002 3429292-82.2012.8.13.0024 (1), Rel. Des.(a) Marcílio Eustáquio Santos. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/>>. Acesso em: 28 set. 2017; BRASIL, TJ/MG. Apelação Criminal 1.0672.15.011256-9/001 0112569-06.2015.8.13.0672 (1), Rel. Des.(a) Alexandre Victor de Carvalho. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/>>. Acesso em: 28 set. 2017;

BRASIL, TJ/MG. Apelação Criminal 1.0040.13.013958-3/001 0139583-86.2013.8.13.0040 (1), Rel. Des.(a) Sálvio Chaves. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/>>. Acesso em: 28 set. 2017; BRASIL, TJ/MG. Apelação Criminal 1.0145.15.007423-8/001 0074238-81.2015.8.13.0145 (1), Rel. Des.(a) Furtado de Mendonça. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/>>. Acesso em: 28 set. 2017.

²⁵⁵ BRASIL, TJ/SP. Agravo de Execução Penal 9002426-17.2016.8.26.0050, 7ª Câmara de Direito Criminal, Rel. Des.(a) Eduardo Abdalla. Disponível em: <<http://www.tjssp.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017; BRASIL, TJ/SP. Habeas Corpus 0009043-68.2017.8.26.0000, 12ª Câmara de Direito Criminal, Rel. Des.(a) Paulo Rossi. Disponível em: <<http://www.tjssp.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017; BRASIL, TJ/SP. Agravo de Execução Penal 9000769-74.2015.8.26.0050, 5ª Câmara de Direito Criminal, Rel. Des.(a) Tristão Ribeiro. Disponível em: <<http://www.tjssp.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017.

superior a este período. Súmula nº 527, do STJ.²⁵⁶

No Tribunal de Justiça do Distrito Federal, por sua vez, a única decisão encontrada fazia referência expressamente à Súmula do STJ, destacando que

a internação do sentenciado submetido à medida de segurança perdurará até que seja constatada, por perícia oficial, a cessação da periculosidade, não devendo ultrapassar, contudo, o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito, à luz dos princípios da isonomia e da proporcionalidade. Súmula nº 527 do Superior Tribunal de Justiça.²⁵⁷

Quanto ao Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, foram encontradas decisões com ambos os entendimentos²⁵⁸. No Estado de Rondônia, havia apenas referência ao entendimento do STJ, apesar de não ter sido citada a Súmula expressamente²⁵⁹. Em Pernambuco, também é seguido o entendimento estampado na Súmula do Superior Tribunal de Justiça²⁶⁰.

No Tribunal de Justiça de Alagoas, o acórdão encontrado utilizava como parâmetro o entendimento jurisprudencial do STF, fixando o limite de 30 anos²⁶¹. Entretanto, foram realizadas entrevistas com o juiz titular da 16ª Vara Criminal da Capital e com a defensora pública vinculada à vara de execuções penais, e, naquela oportunidade, ambos relataram que é determinada a desinternação do paciente sempre que se chega ao tempo máximo previsto na pena em abstrato. Provavelmente a maioria dos casos não chega ao Tribunal de Justiça porque existem poucos interessados em recorrer das decisões.

Por fim, no Tribunal de Justiça de Goiás, foi encontrado apenas um acórdão, em que havia uma conjugação dos entendimentos do STF e do STJ, destacando que “o tempo de cumprimento da medida de segurança, na modalidade internação ou tratamento ambulatorial, deve ser limitado ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito perpetrado e não pode

²⁵⁶ BRASIL, TJ/SP. Agravo de Execução Penal 9000769-74.2015.8.26.0050, 5ª Câmara de Direito Criminal, Rel. Des.(a) Tristão Ribeiro. Disponível em: <<http://www.tjsp.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017.

²⁵⁷ BRASIL, TJ/DF. Acórdão n.1029782, 20170020085247RAG, 3ª Turma Criminal, Rel. Des.(a) Demetrius Gomes Cavalcanti. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017.

²⁵⁸ BRASIL, TJ/RS. Apelação Crime nº 70073381766, Quarta Câmara Criminal, Rel. Des.(a) Rogerio Gesta Leal. Disponível em: <<http://www.tjrs.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017; BRASIL, TJ/RS. Agravo nº 70070268198, Primeira Câmara Criminal, Rel. Des.(a) Sylvio Baptista Neto. Disponível em: <<http://www.tjrs.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017; BRASIL, TJ/RS. Recurso Crime nº 71005832209 Turma Recursal Criminal, Rel. Des.(a) Edson Jorge Cechet. Disponível em: <<http://www.tjrs.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017.

²⁵⁹ BRASIL, TJ/RO. Apelação Processo nº 0003923-73.2013.822.0007, 1ª Câmara Criminal, Rel. Des.(a) José Jorge R. da Luz. Disponível em: <<https://www.tjro.jus.br/>>. Acesso em: 30 set. 2017.

²⁶⁰ BRASIL, TJ/PE. Habeas Corpus 457783-50012822-17.2016.8.17.0000, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 1ª Turma, Rel. Des.(a) Sílvio Neves Baptista Filho. Disponível em: <<http://www.tjpe.jus.br/>>. Acesso em: 01 out. 2017; BRASIL, TJ/PE. Habeas Corpus 443445-10007453-42.2016.8.17.0000, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 1ª Turma, Rel. Des.(a) José Viana Ulisses Filho. Disponível em: <<http://www.tjpe.jus.br/>>. Acesso em: 01 out. 2017.

²⁶¹ BRASIL, TJ/AL. Apelação 0001200-40.2011.8.02.0094, Câmara Criminal, Rel. Juiz Conv. Maurílio da Silva Ferraz. Disponível em: <<http://www.tjal.jus.br/>>. Acesso em: 01 out. 2017.

ser superior a 30 (trinta) anos”²⁶².

É possível conciliar as jurisprudências do STF e do STJ nos casos em que, por exemplo, houve a prática de mais de um injusto penal e a soma terminaria ultrapassando os trinta anos. Nesse caso, o tempo máximo de cumprimento da medida de segurança não poderá passar do limite de trinta anos. Mas, se houver a prática de apenas um injusto penal, deverá ser respeitado o tempo da pena máxima cominada em abstrato para o tipo.

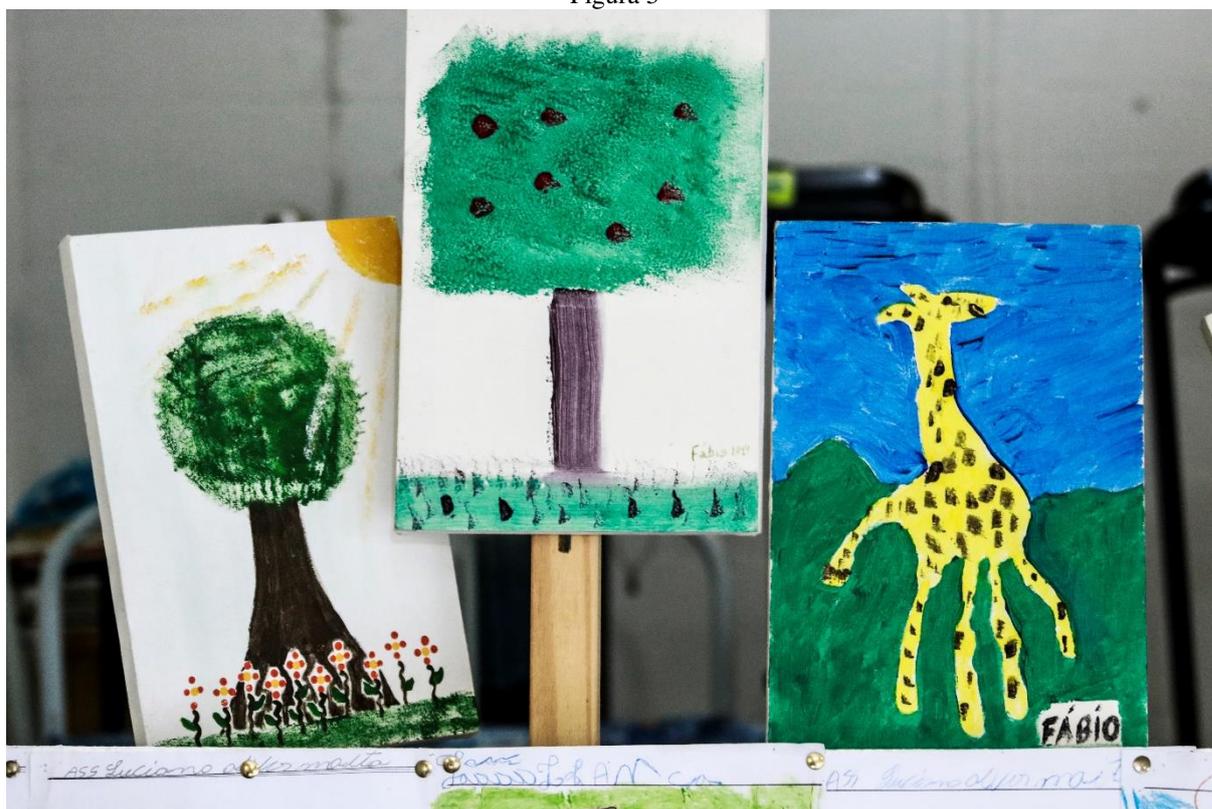
Vale destacar que não foram encontrados resultados nos demais tribunais a partir dos parâmetros utilizados. Apesar disso, entende-se que a pesquisa tem, sim, representatividade, pois as decisões acima apresentadas são provenientes de tribunais que exercem forte influência em todo o país.

Assim, a partir dos resultados obtidos, é possível afirmar que a tendência dos tribunais brasileiros é limitar temporalmente o cumprimento das medidas de segurança. Aqui, encara-se essa mudança como um avanço, pois tem o condão de eliminar uma das graves inconstitucionalidades do instituto, que era justamente a sua possibilidade de perpetuidade, gerando uma verdadeira prisão perpétua. A referida inconstitucionalidade prejudicou sobremaneira a vida de pessoas que foram internadas nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos por todo o país. Entretanto, a limitação temporal não resolve os problemas da aplicação das medidas de segurança, conforme será demonstrado na próxima seção.

²⁶² BRASIL, TJ/GO. Habeas-Corpus 61709-20.2017.8.09.0000, 2ª Câmara Criminal, Rel. Des. Carmecy Rosa Maria A. de Oliveira. Disponível em: < <http://www.tjal.jus.br/>>. Acesso em: 01 out. 2017.

5 ESTUDOS DE CASO: OS ESQUECIDOS E O CEMITÉRIO

Figura 5



Telas pintadas por pacientes do CPJ (Fonte: autor)

“Em março de 2013 umas nove horas da noite, eu tava em casa sem dormir, ouvindo vozes vendo vultos, as vozes dizendo que iam me matar, gente querendo pega-me. Peguei meu filho na cama e pensei: vou pra casa de minha irmã que lá tem mais gente e eu estou mais seguro. Quando cheguei lá dei meu filho pra minha irmã, ela colocou no quarto dela em cima da cama e eu fiquei na sala conversando com meu cunhado. Eu tava ouvindo voz e ele me acalmava. Dizia que não era nada não. Ele cochilou e as vozes continuaram. Ouvi vozes na porta dizendo: Oi ele ali!, vamos matar ele agora!. Eu corri para o quarto pra me esconder e quando cheguei lá vi saco de arroz em cima da cama, eu peguei nos braços e ele caiu. Minha irmã entrou e disse: ‘você matou seu filho’ eu saí e fui pra calçada me assentei e fiquei chorando. Há uns trinta dias eu tava ouvindo vozes, vendo vultos, chorando, sem dormir. Um cinco vezes eu passei a noite fora de casa nos matos correndo ‘só meu deus conta que tinha matado meu filho no presídio Cyridião Durval’”.

Trecho extraído de exame de verificação de cessação de periculosidade de um dos processos da 16ª Vara Criminal da Capital

A presente seção se propõe a fazer uma análise da situação manicomial judiciária a partir da experiência do estado de Alagoas. Assim, busca-se verificar como se dá a aplicação das medidas de segurança no estado, analisando as condições a que os pacientes são submetidos.

Inicialmente, será apresentado o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, que é o único Hospital de Custódia e Tratamento de Alagoas. Em seguida, será demonstrado qual é o perfil populacional dos pacientes, pois, a partir de uma análise documental, foi possível elaborar um pequeno censo referente aos internos do mencionado CPJ.

Com a finalidade de ter uma visão mais especializada sobre o assunto, foram realizadas entrevistas com profissionais da área jurídica e da psicologia, a fim de fornecer uma visão mais ampla do fenômeno, a partir de suas vivências. Assim, será apresentado o resultado dessas entrevistas.

Posteriormente, serão realizados os estudos de caso. Após mais de três anos de pesquisa, foram selecionados os casos de três pacientes que representam as violações a direitos fundamentais que são repetidas nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. A primeira história a ser contada se relaciona com o fenômeno da “grande internação”, a segunda, com a “nau dos loucos” e, a terceira, com o processo de dessocialização e com a violação do direito à saúde.

Por fim, serão apresentados alguns possíveis caminhos para garantir os direitos fundamentais dos pacientes submetidos às medidas de segurança no Brasil.

5.1 O Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy e os seus pacientes

5.1.1 O CEMITÉRIO DOS ESQUECIDOS: QUE LUGAR É ESTE?

O Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy é a casa de custódia e tratamento psiquiátrico de Alagoas, tendo sido inaugurado no ano de 1978. Por ser o único hospital psiquiátrico judiciário do estado, os pacientes de todos os municípios são enviados para lá.

Para produzir este trabalho, foi imprescindível conhecer de perto a realidade dessa instituição. Para tanto, foram realizadas visitas ao CPJ, utilizando-se do método da observação. Também foram entregues questionários aos funcionários da instituição, realizaram-se entrevistas com alguns destes funcionários, bem como com o juiz e a defensora pública da Vara de Execuções Penais (16ª Vara Criminal da Capital). A fim de demonstrar a situação estrutural da instituição com maiores detalhes, foram retiradas fotografias, que serão apresentadas a seguir.

Ao chegar ao prédio, é possível perceber a necessidade de uma reforma, pois ele se

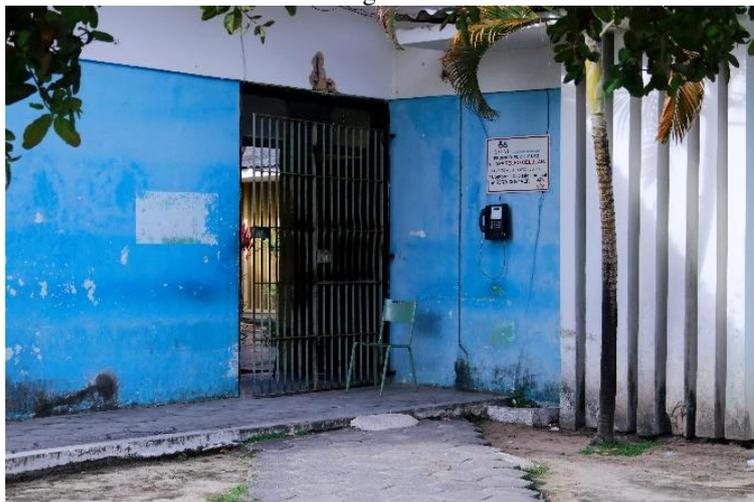
encontra deteriorado, como praticamente todos prédios do sistema penitenciário de Alagoas. No entanto, o CPJ possui o diferencial de que deveria ser, pelo menos em tese, um local para tratamento hospitalar.

Figura 6



Entrada do CPJ. (Fonte: o autor)

Figura 7



Portão de acesso às instalações internas do CPJ (Fonte: o autor)

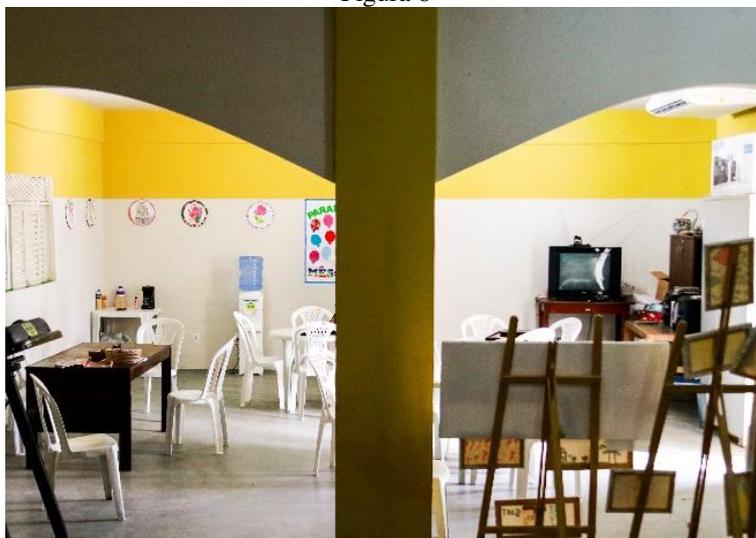
No prédio do CPJ, há uma sala reservada para a realização dos exames de verificação de cessação de periculosidade, que é onde ficam os psiquiatras, quando lá estão. A quantidade de psiquiatras, durante os anos em que esta pesquisa foi realizada, variou entre dois e três. Um ponto observado durante as visitas foi o fato de que os psiquiatras nunca estavam andando pela instituição, restringindo-se a ficar dentro da sala, realizando os exames. Não há psiquiatra plantonista e eles não realizam um acompanhamento efetivo dos pacientes, limitando-se a produzir os exames com base na avaliação pontual que fazem do interno. Em uma das visitas, havia uma paciente em crise, porém não existia nenhum psiquiatra no local para atendê-la,

nem tampouco um médico plantonista. Foi necessário chamar um reeducando, que é médico, para fazer o atendimento.

Uma situação agravante é o fato de que os psiquiatras do CPJ são responsáveis pela elaboração de todos os exames médico-psiquiátricos de todos indivíduos submetidos ao sistema penal. Ou seja, além de confeccionar os exames de verificação de cessação de periculosidade, eles têm que fazer os exames criminológicos e os laudos de insanidade mental.

Há uma sala no CPJ reservada para a praxiterapia, que é um dos lugares mais “apresentáveis” da instituição. Foi também o primeiro local que permitiram fotografar. Apesar da autorização do juiz da Vara de Execuções Penais, foram encontradas dificuldades para tirar as demais fotografias. Foi possível perceber que frequente a vontade dos funcionários de esconder a situação do CPJ.

Figura 8



Sala de praxiterapia. (Fonte: o autor)

Figura 9



Sala de praxiterapia. (Fonte: o autor)

Figura 10



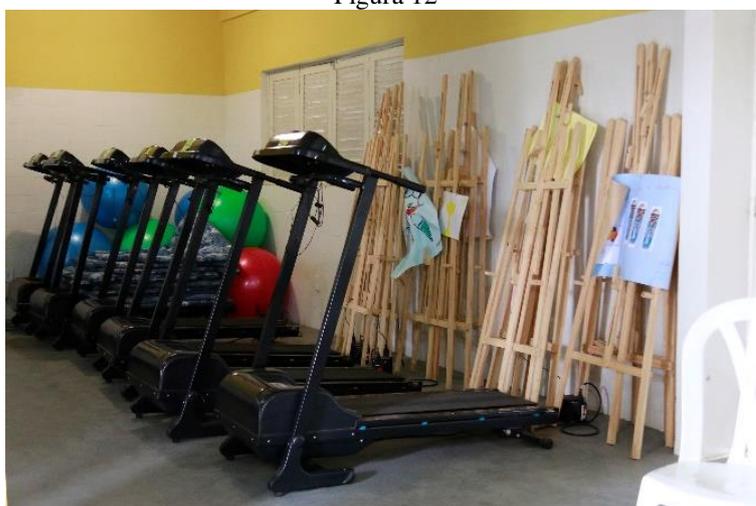
Equipamentos da sala de praxiterapia. (Fonte: o autor)

Figura 11



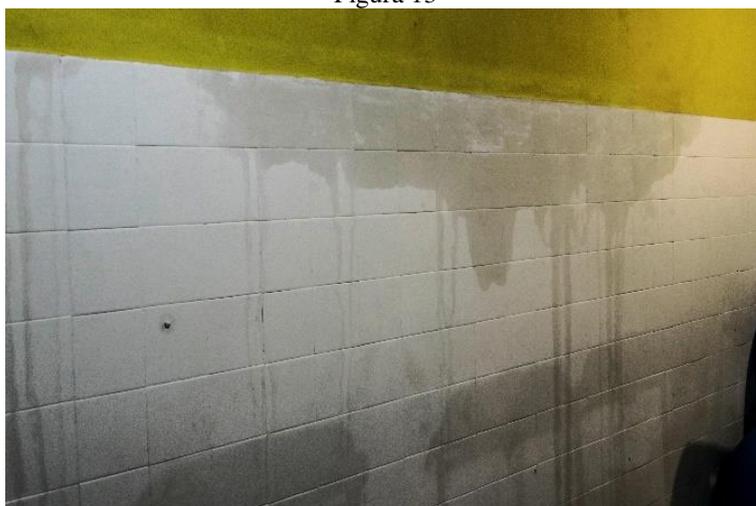
Maca e cadeiras da sala de praxiterapia. (Fonte: o autor)

Figura 12



Esteiras ergométricas. (Fonte: o autor)

Figura 13



Parede da sala de praxiterapia. (Fonte: o autor)

Figura 14



Pregos trancando a janela da sala de praxiterapia. (Fonte: o autor)

Figura 15



Tomada solta da parede com fios à mostra. (Fonte: o autor)

Foi informado que não existe terapeuta ocupacional no estabelecimento, mas há

algumas moças que fazem atividades de praxiterapia com os pacientes, como, por exemplo, formar algumas “esculturas” colando papéis de revistas, de jornais ou de “Alagoas Dá Sorte”. Em uma das visitas realizadas em 2015, foi possível presenciar três internos fazendo atividades desse tipo. Na ocasião, uma das pacientes se queixou do fato de não ter tinta, nem outros materiais para pintura.

Figura 16



Escultura de papel. (Fonte: o autor)

Alguns estudantes da Universidade Federal de Alagoas realizam atividades lúdicas para os pacientes, uma ou duas vezes por semana. Durante as visitas de 2017 e 2018, estas foram as únicas atividades destinadas ao lazer dos pacientes que presenciamos.

No CPJ, há um anfiteatro, porém, durante a realização da pesquisa, não se viu nenhuma atividade no local. Mas, no dia em que os pacientes recebem visitas, este é o lugar onde que eles ficam com seus familiares.

Figura 17



Anfiteatro. (Fonte: o autor)

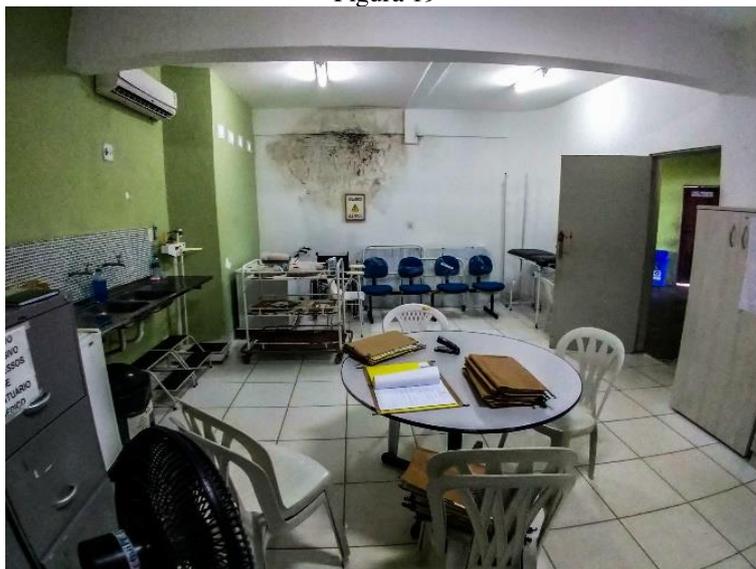
Figura 18



Anfiteatro. (Fonte: o autor)

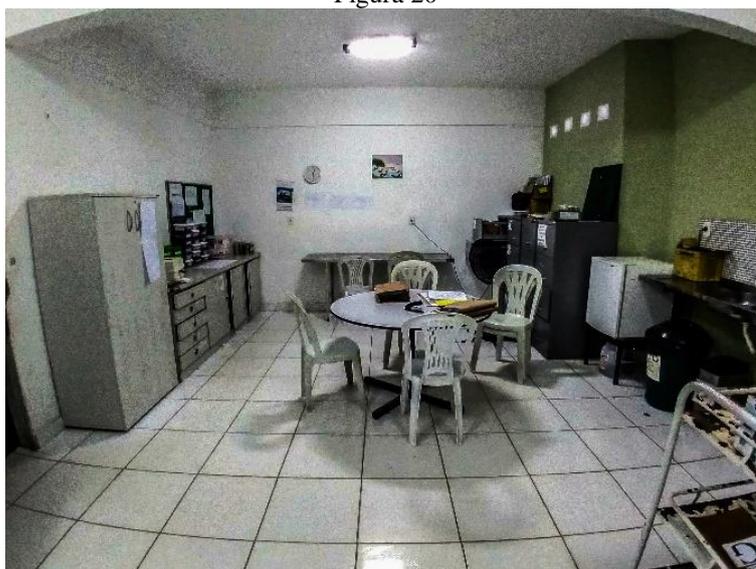
A sala da enfermagem se encontra em condições extremamente precárias. Além disso, só existe uma enfermeira no local para dar conta de todos os pacientes, acompanhada por algumas técnicas de enfermagem. Existe o enfermeiro de plantão do sistema penitenciário, que é chamado nas urgências, pois não existe esta figura no CPJ.

Figura 19



Sala de enfermagem. (Fonte: o autor)

Figura 20



Sala de enfermagem. (Fonte: o autor)

Figura 21



Parede com infiltração. (Fonte: o autor)

Figura 22



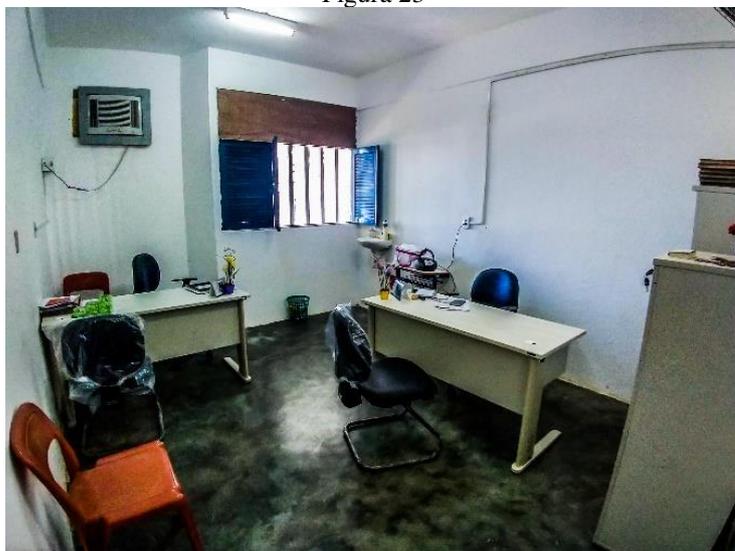
Medicamentos. (Fonte: o autor)

De acordo com o relato de um dos agentes penitenciários, os internos recebem medicamentos três vezes ao dia: de manhã, à tarde e à noite. Questiona-se, no entanto, se é mesmo necessário que todos eles recebam essas altas doses de medicação.

A excessiva medicalização foi objeto de grandes críticas pelos movimentos de luta antimanicomial e pelos adeptos à Reforma Psiquiátrica, pois muitas vezes os remédios são utilizados como um meio de garantir que os pacientes fiquem tão somente controlados, sem, no entanto, oferecer tratamento adequado ao tipo de patologia que possuem.

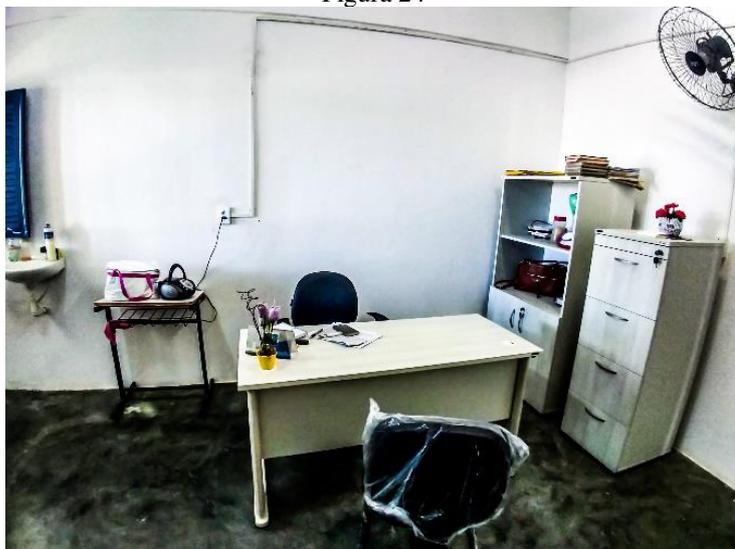
No CPJ, há também uma sala da psicologia. Existem duas psicólogas que são responsáveis pelos cuidados de todos os pacientes. Entretanto, em alguns meses só fica uma delas, porque a outra tira as férias do profissional de psicologia das outras unidades do sistema penitenciário, haja vista que nas outras só existe um psicólogo.

Figura 23



Sala de Psicologia. (Fonte: o autor)

Figura 24



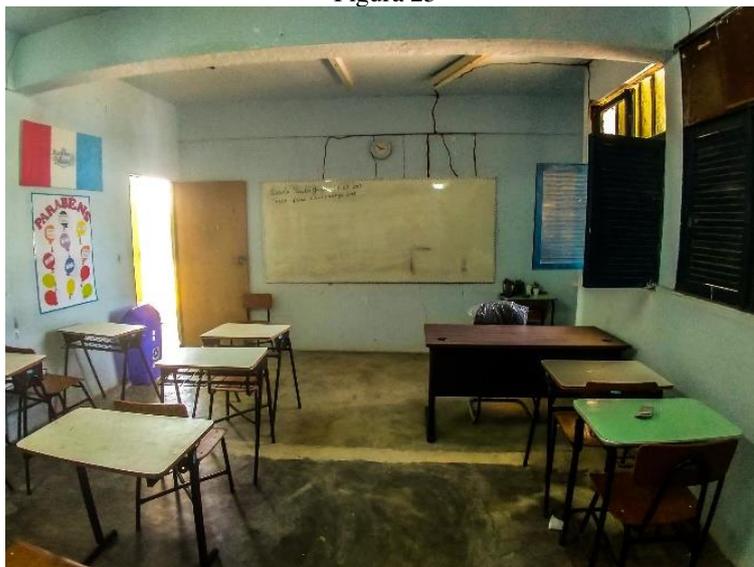
Sala de Psicologia. (Fonte: o autor)

Existe uma sala para o dentista, o qual, segundo informações, só vai algumas vezes por semana ao CPJ. Tendo em vista que em todas as visitas a sala estava trancada, não foi possível fotografar o local. De acordo com um dos agentes penitenciários, “o dentista só faz arrancar os dentes dos pacientes. É só isso que ele faz. Se algum paciente tem alguma dor de dente, ele vai e arranca o dente que tá doendo”.

O corpo de profissionais do CPJ é formado, ainda, por assistente jurídico, pessoal do setor administrativo, assistentes sociais, educador físico, clínico geral – que é um reeducando do sistema penitenciário comum, que vai ao CPJ algumas vezes por semana para trabalhar, para fins de remição de pena²⁶³. Há também um fisioterapeuta, porém ele é um dos próprios internos do CPJ. De acordo com informações prestadas por um funcionário que preferiu não ser identificado, esse fisioterapeuta se encontra na instituição de forma irregular, haja vista que não possui nenhuma doença mental, razão pela qual deveria estar numa penitenciária comum. Além disso, é uma situação anômala o fato de um paciente cuidar dos demais.

Há uma sala de aula, porém nunca foi visto nenhum paciente assistindo a aula. De acordo com a professora, eles não costumam procurá-la.

Figura 25



Sala de aula do CPJ. (Fonte: o autor)

²⁶³ Lei de Execução Penal:

Art. 126. O condenado que cumpre a pena em regime fechado ou semiaberto poderá remir, por trabalho ou por estudo, parte do tempo de execução da pena.

§ 1º A contagem de tempo referida no caput será feita à razão de:

I - 1 (um) dia de pena a cada 12 (doze) horas de frequência escolar - atividade de ensino fundamental, médio, inclusive profissionalizante, ou superior, ou ainda de requalificação profissional - divididas, no mínimo, em 3 (três) dias;

II - 1 (um) dia de pena a cada 3 (três) dias de trabalho. [...]

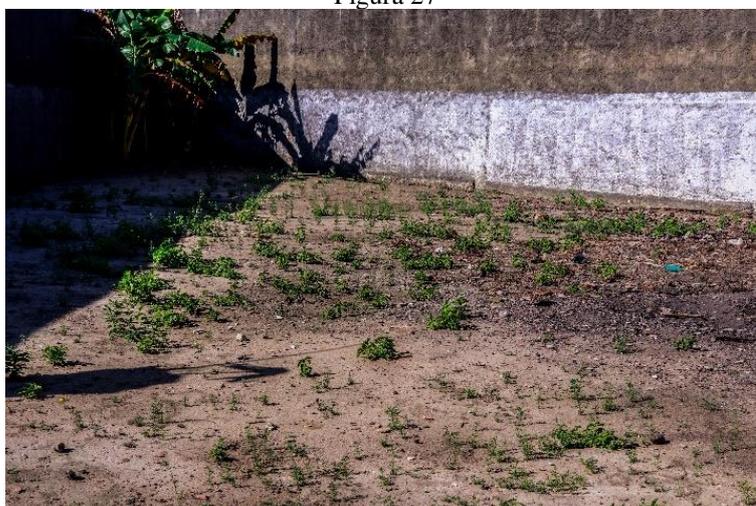
Figura 26



Sala de aula do CPJ. (Fonte: o autor)

Há um local no CPJ onde costumava existir uma horta, porém não há mais nada lá, e o local se encontra completamente inutilizado.

Figura 27



Local onde deveria existir a horta. (Fonte: o autor)

Figura 28



Terreno inutilizado. (Fonte: o autor)

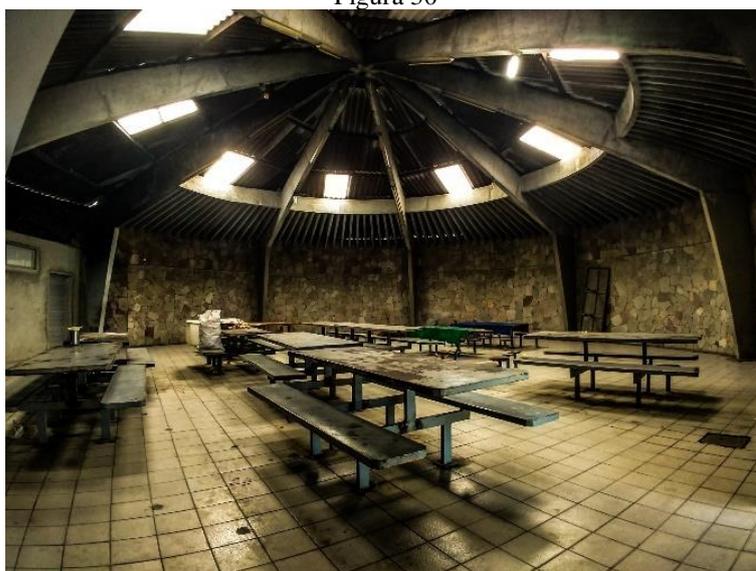
Figura 29



Espaço inutilizado. (Fonte: o autor)

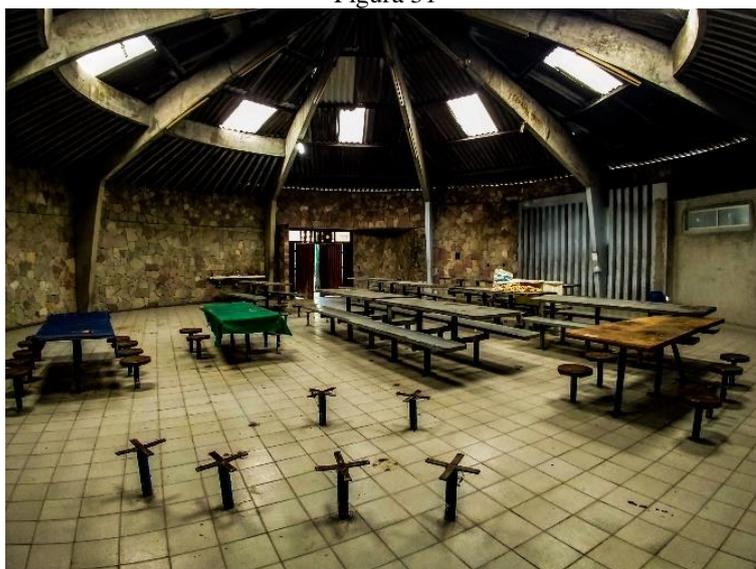
O refeitório vive trancado, mas, depois de algumas dificuldades, foi possível fotografar o local. A cozinha do CPJ está em reforma, por isso as refeições não estão sendo feitas na própria instituição. A situação do refeitório é absurdamente precária, representando um perigo para a integridade física dos internos. Havia pregos enferrujados à mostra, além de pães mofados sobre uma das mesas. O ambiente era extremamente insalubre.

Figura 30



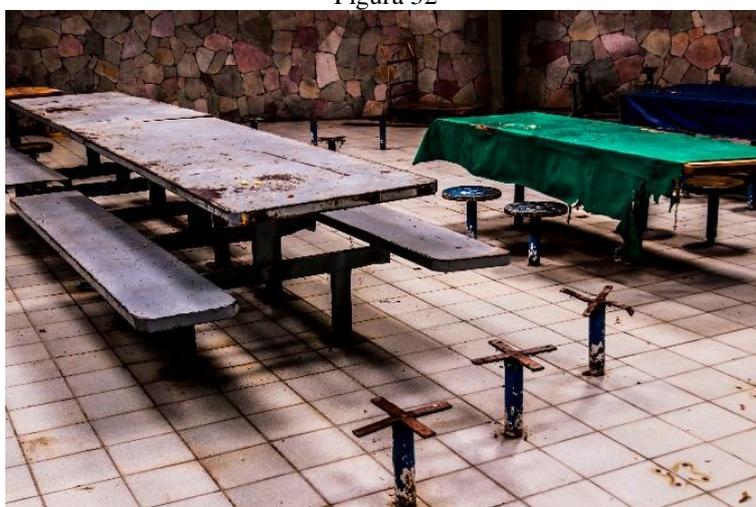
Refeitório. (Fonte: o autor)

Figura 31



Visão geral do refeitório. (Fonte: o autor)

Figura 32



Mesas do refeitório. (Fonte: o autor)

Figura 33



Pães estragados. (Fonte: o autor)

Figura 34



Bancos destruídos, sem assentos e com pregos à mostra. (Fonte: o autor)

Figura 35



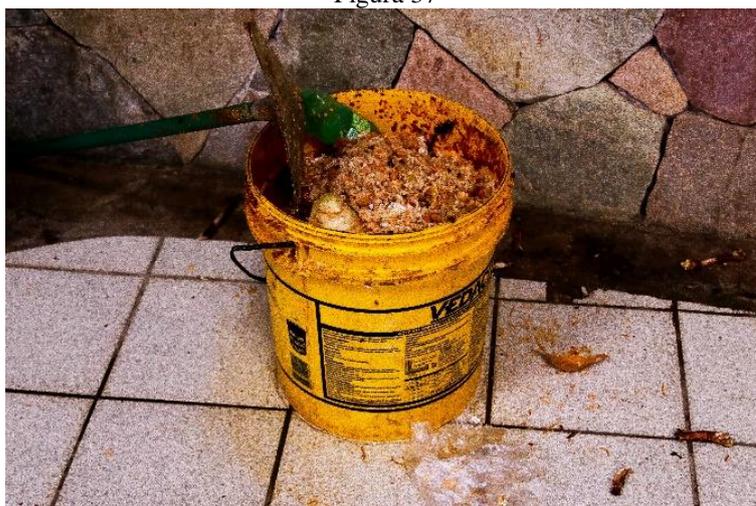
Bancos enferrujados inutilizados. (Fonte: o autor)

Figura 36



Pia do refeitório. (Fonte: o autor)

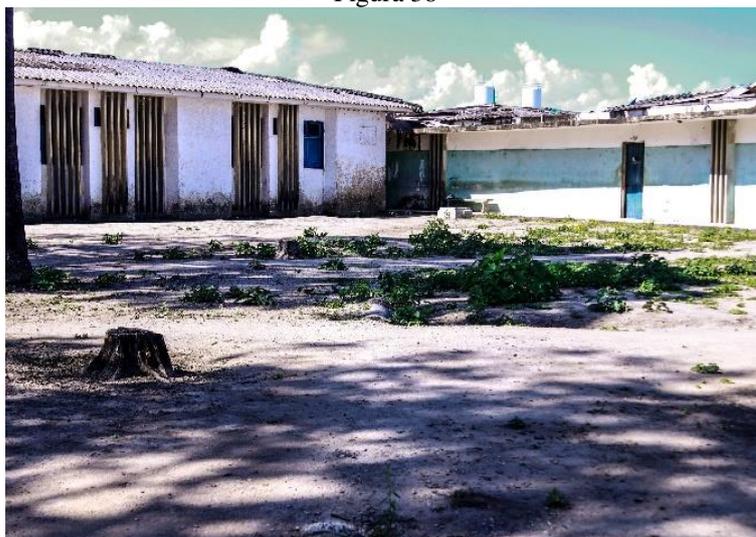
Figura 37



Lixeiro improvisado, juntando moscas. (Fonte: o autor)

Todos os pacientes, com exceção dos que são considerados mais perigosos e os internos provisórios, passam grande parte do dia num pátio. O formato circular do pátio se baseou nos estudos da psiquiatra alagoana Nise da Silveira. Tal formato retira os obstáculos que as quinas podem representar para os pacientes. No entanto, devido à estrutura precária, no CPJ o pátio possui um aspecto triste, abandonado. Tanto as mulheres quanto os homens podem frequentar esse espaço comum.

Figura 38



Pátio do CPJ. (Fonte: o autor)

Figura 39



Pátio do CPJ. (Fonte: o autor)

Figura 40



Pátio do CPJ. (Fonte: o autor)

Figura 41



Pátio do CPJ. (Fonte: o autor)

O CPJ possui dez alas, que são diferenciadas por letras, indo de A até J. Uma das alas é destinada para as pacientes do sexo feminino (ala A), as alas H e I são reservadas aos internos provisórios – os quais nunca saem de dentro delas –, e a ala J se encontra isolada, por se encontrar em condições estruturais que impossibilitam a sua utilização. Além dos alojamentos localizados dentro das alas, existem alguns locais denominados de “apartamentos”, que são quartos com condições “melhores” do que os demais.

Figura 42



Corredor de acesso às alas. (Fonte: o autor)

Figura 43



Corredor de acesso às alas. (Fonte: o autor)

Figura 44



Porta de acesso à ala F. (Fonte: o autor)

Figura 45



Portas dos apartamentos. (Fonte: o autor)

Ao adentrar a ala feminina – a qual, segundo informações dos funcionários do CPJ, está em condições muito melhores do que as masculinas –, é possível visualizar os quartos, que são pequenos e muito fechados, possuindo um banheiro. As camas e os colchões são bastante velhos. Foram realizadas visitas à ala feminina tanto em 2015, quanto em 2018, o que tornou possível perceber as reformas que foram realizadas. As portas e janelas, por exemplo, que antes eram de ferro, passaram a ser de madeira. No dia em que essas fotos foram tiradas, de um total de 72 internos, apenas cinco eram mulheres.

Figura 46



Espaço inutilizado na ala feminina. (Fonte: o autor)

Figura 47



Corredor da ala feminina. (Fonte: o autor)

Como só foi permitida a retirada das fotografias no momento em que todos os pacientes estavam recolhidos nas alas, não foi possível tirar fotos de um alojamento feminino que estivesse sendo utilizado, então as fotos abaixo são de um quarto que estava desocupado, porém não foi informado há quanto tempo.

Figura 48



Interior de um quarto da ala feminina. (Fonte: o autor)

Figura 49



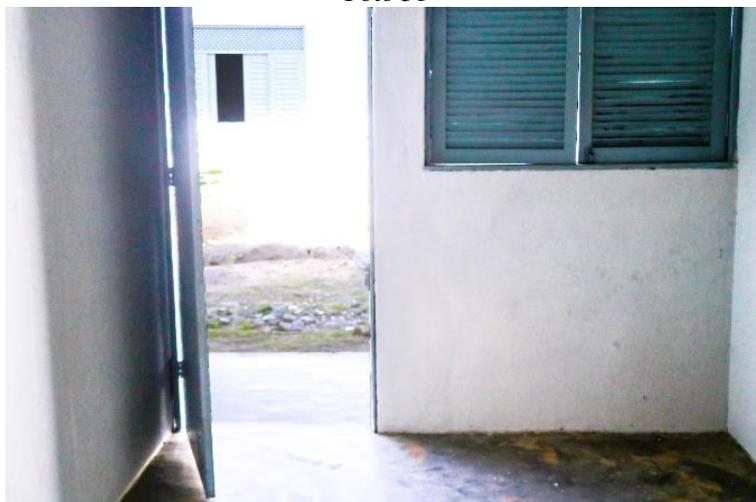
Colchão em um alojamento desocupado. (Fonte: o autor)

Foto 50



Banheiro de um quarto desocupado. (Fonte: o autor)

Foto 51



Porta e janela de um quarto da ala feminina. (Fonte: o autor)

Figura 52



Pia de um banheiro de um quarto da ala feminina. (Fonte: o autor)

Não foi permitido adentrar ou fotografar as alas masculinas. Na primeira visita, realizada em 2015, a justificativa foi a de que, por ser a pesquisadora do sexo feminino, não seria possível entrar no local. Em 2018, acompanhada de um fotógrafo, não foi dada nenhuma explicação plausível, limitando-se a diretora a afirmar que não seria possível entrar no local porque poderia gerar tumulto entre os internos.

Segundo informações de um dos agentes penitenciários, além da ala feminina, somente a ala G passou por reformas, no entanto ele não explicou o motivo de tal seletividade.

De acordo com o relato de outro agente penitenciário, “as alas masculinas são muito sucateadas”, “são tão sujas e têm um fedor tão forte que tem gente que, se entrar e não tiver o estômago forte, chega a vomitar”. Segundo ele, “isso aqui é um depósito de gente. Eles jogam essas pessoas aqui e deixam. É um depósito de gente”. Em uma das idas à 16ª Vara Criminal da Capital, ao conversar com um dos servidores e relatar que seriam tiradas fotografias do CPJ, ele disse o seguinte: “você vai tirar foto de que lá? Não tem muita coisa pra fotografar, só se fosse o fedor, mas foto não registra o fedor, não é mesmo?”.

Apesar de não ter sido possível tirar fotografias do interior das alas masculinas, foi permitido fotografar um dos “apartamentos”, o qual havia sido desocupado na manhã daquele mesmo dia, pois o paciente foi desinternado. Se esse quarto era o que apresentava as melhores condições estruturais, como serão os demais?

Figura 53



Entrada de um apartamento. (Fonte: o autor)

Figura 54



Interior de um apartamento. (Fonte: o autor)

Figura 55



Lixo remanescente de um apartamento recém-desocupado. (Fonte: o autor)

Figura 56



Pia do banheiro de um dos apartamentos. (Fonte: o autor)

Figura 57



Chuveiro de um dos apartamentos. (Fonte: o autor)

Figura 58



Banheiro de um apartamento. (Fonte: o autor)

Ao passar pelo pátio e observar os internos, é quase impossível não perceber seus olhares vagos e seus rostos sem emoção, visivelmente sob o efeito de fortes medicamentos. Esta provavelmente é uma das situações mais aterradoras e atentatórias aos direitos das pessoas submetidas à medida de segurança. Elas passam o dia inteiro sob o efeito de remédios, que o deixam dopados e servem predominantemente para controlá-los e não para oferecer um tratamento efetivo. Essa situação é agravada pelo fato de que, conforme mencionado acima,

as atividades ocupacionais ou de lazer não funcionam, o que faz com que a rotina dos pacientes se resume ao eterno caminhar em círculos pela instituição, sem nada para fazer ou para pensar.

Em uma das visitas realizadas, um agente penitenciário relatou que “alguns reeducandos²⁶⁴ são mandados pro CPJ porque apresentam algum quadro de problema com o uso de drogas, mas terminam saindo daqui outras pessoas, completamente malucos. Chegam só com um vício em drogas e saem doidos”.

De acordo com informações colhidas na 16ª Vara Criminal da Capital, um dos principais problemas da aplicação da medida de segurança diz respeito ao fato de que a assistência que o sistema proporciona se resume a deixar o paciente recolhido sem oferecer o tratamento necessário. Esse problema é mais evidente quando diz respeito aos viciados em entorpecentes. E toda essa situação é agravada pelo fato de que os internos são considerados como verdadeiros presos, merecedores, portanto, de punição.

O problema da falta de tratamento adequado conferido aos pacientes em medida de segurança decorre também da carência de médicos psiquiatras na instituição, fato este relatado tanto no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy quanto na 16ª Vara Criminal da Capital. Também foi exposta a falta de pessoal em geral: psicólogos, assistentes sociais, etc. Ademais, faltam profissionais que trabalhem em sistema de plantão, sobretudo porque não há nenhum médico plantonista. Por outro lado, na Vara de Execução Penal, foi obtida a informação de que os centros de tratamento ambulatorial não funcionam.

Foi possível constatar que é necessário que o Centro Judiciário Psiquiátrico funcione predominantemente como um hospital e não como uma instituição penitenciária, sendo imprescindível encarar as questões que envolvem os inimputáveis e a medida de segurança como verdadeiros problemas de saúde, pois o que eles precisam é de um verdadeiro tratamento.

Também foi colhida a informação de que seria imprescindível que os funcionários do CPJ tivessem qualificação para lidar com os pacientes psiquiátricos. No entanto, não existe nenhum tipo de treinamento especializado neste sentido.

De acordo com informações colhidas no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy e na 16ª Vara Criminal da Capital, poucos são os pacientes que recebem visitas de seus familiares. Muitos deles se queixam disso, mas a maioria é literalmente abandonada. Essa situação decorre normalmente dos seguintes fatores: a maior parte das famílias mora no

²⁶⁴ Termo utilizado para designar aqueles que, por terem sido considerados imputáveis e tendo recebido uma pena propriamente dita, foram enviados a uma penitenciária comum.

interior do estado e não possui condições financeiras para ficar se deslocando para a capital; pelo fato de o interno ter cometido o crime contra um de seus parentes – o que é bastante frequente –, a família prefere cortar os laços com o paciente; ou, ainda, porque muitos consideram que no CPJ ele estaria mais seguro e recebendo um tratamento que a família não teria condições de proporcionar.

Em relação aos pacientes que cometeram crime contra um parente, alguns funcionários relataram que esses internos sofrem demasiadamente, quando, em momentos de lucidez, recordam-se do ocorrido. No fim das contas, não deve haver nada mais aflitivo do que essa lembrança.

Outro problema encontrado no CPJ, e que reflete mais uma vertente do esquecimento apontado no título deste trabalho, diz respeito ao fato de que a instituição praticamente não recebe inspeções das autoridades. De acordo com a diretora “o MP²⁶⁵ tinha que vir aqui todo mês pra inspecionar, mas, desde que eu cheguei aqui, ele nunca veio”.

Após muitas dificuldades, foi possível tirar cópia do livro de inspeções, que traz todos os registros referentes às vistorias realizadas pelas autoridades. Foi possível notar que a última delas sequer possui assinatura de registro. Também se pode verificar que o número de visitas de autoridades tem sido cada vez menor ao longo dos anos. Para tornar possível uma melhor visualização, as cópias do referido registro se encontra nos anexos deste trabalho.

5.1.2 CENSO: OS PACIENTES TÊM COR E CLASSE SOCIAL

Tendo em vista que a presente pesquisa se iniciou em 2014, foram realizadas visitas ao estabelecimento tanto no ano de 2015, quanto nos anos de 2017 e 2018. Em 2015, existiam exatamente 106 pacientes internados no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, dos quais apenas 44 cumpriam medida de segurança.

Em 2017, por sua vez, havia um total de 79 pacientes no CPJ. Percebe-se, portanto, que já houve uma considerável diminuição no número de pacientes, provavelmente um reflexo da aplicação da Súmula nº 527 do STJ. Nesse ano, foram obtidas informações mais detalhadas em relação aos internos. Assim, do total de internos do CPJ, a partir de informações colhidas no ano de 2017, foi possível fazer um pequeno censo.

Constatou-se que existiam 30 pessoas cumprindo medida de segurança, 33 internos para tratamento e/ou laudo psiquiátrico, 7 internos provisórios e, por fim, 9 condenados

²⁶⁵ Ministério Público.

(advindos da penitenciária comum).

Gráfico 7

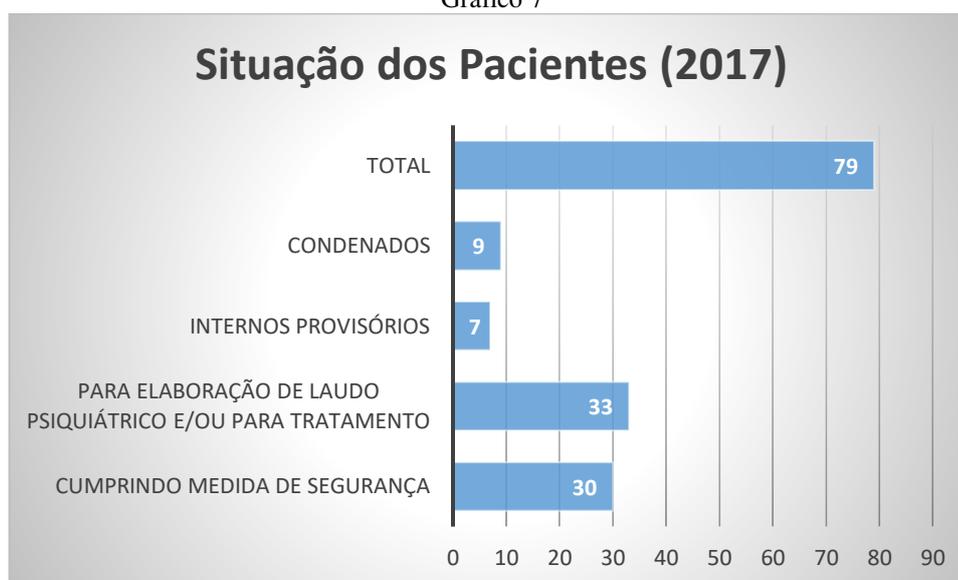


Gráfico da situação dos pacientes.

Em relação à cor da pele, 83,5% dos pacientes eram negros ou pardos, e apenas 16,5% eram brancos.

Gráfico 8

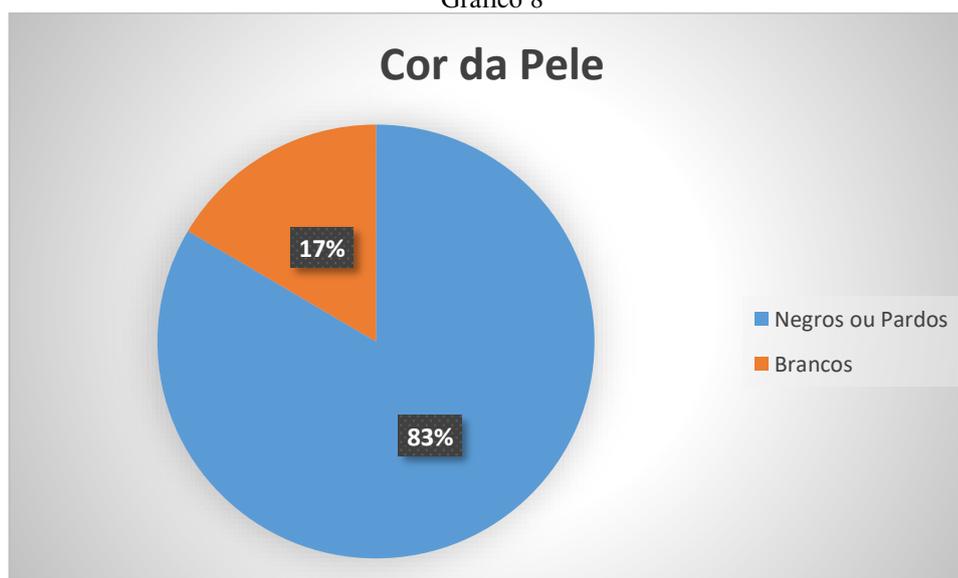


Gráfico da cor da pele dos pacientes.

Quanto ao nível de escolaridade, 43% (34) tinham o ensino fundamental incompleto, 33% (26) eram analfabetos, 8% (6) eram alfabetizados, 9% (7) tinham o ensino médio completo, apenas 2% (2) tinham ensino superior completo, 1% (1) tinha o ensino médio incompleto, 1% (1) tinha o ensino fundamental completo, e não constava essa informação em relação a 2% (2) dos internos.

Gráfico 9

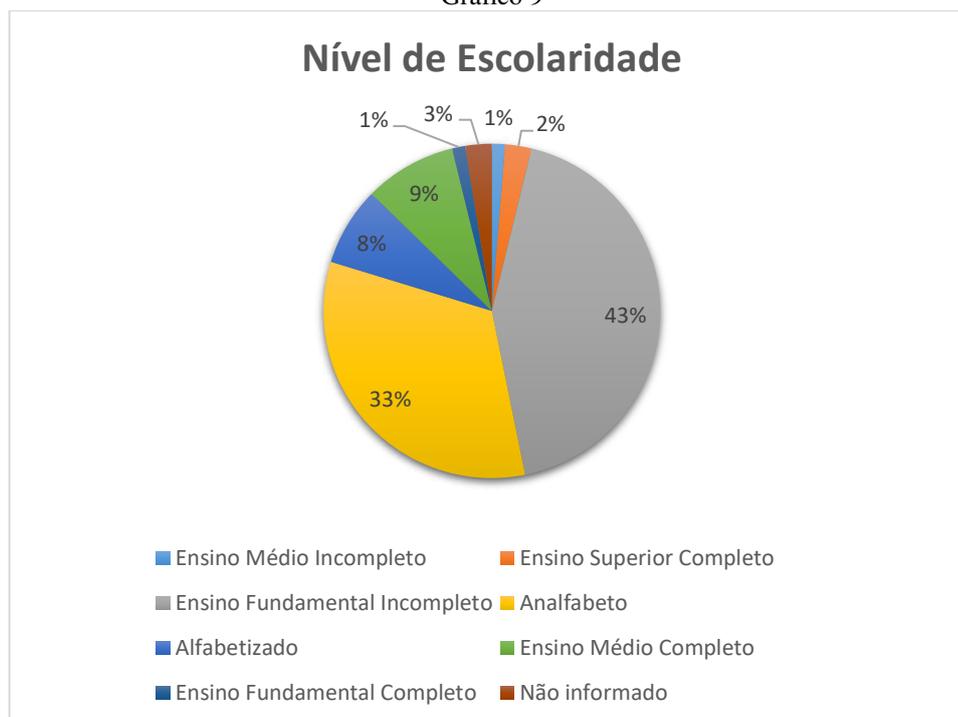


Gráfico do nível de escolaridade dos internos

Quanto à naturalidade, 24% eram da capital do estado de Alagoas, enquanto 76% eram de municípios interioranos, sejam do interior de Alagoas ou de outros estados.

Gráfico 10

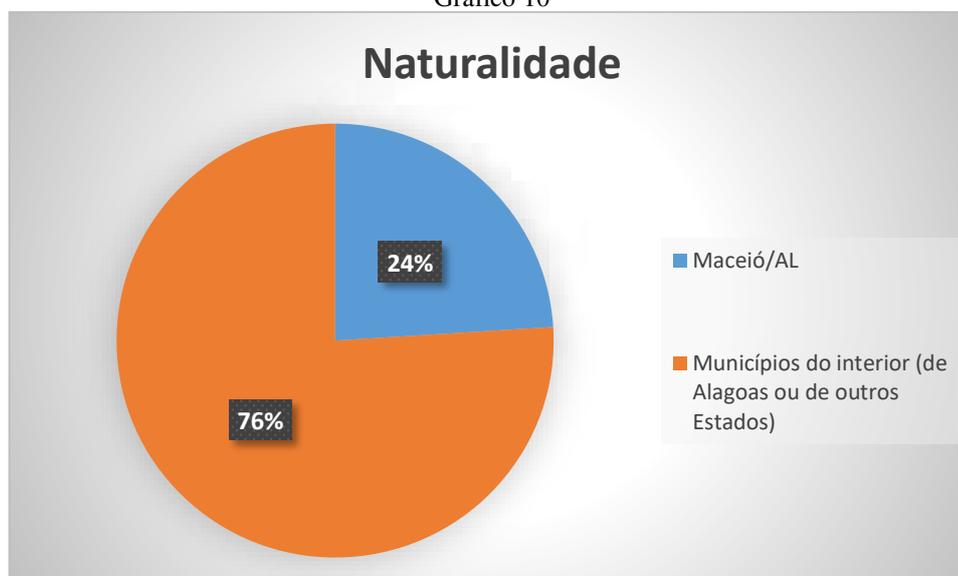


Gráfico sobre a naturalidade dos pacientes.

Em relação apenas aos pacientes que cumpriam medida de segurança, 17% eram brancos e 83% eram pretos ou pardos. Aqui, houve uma repetição das porcentagens em relação à população total.

Gráfico 11

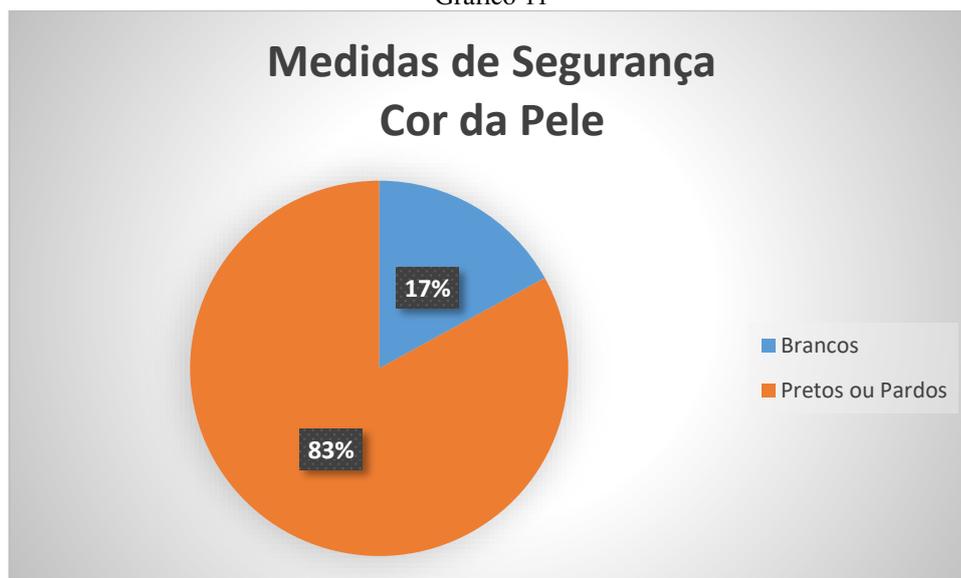


Gráfico sobre as medidas de segurança considerando cor da pele.

Quanto ao nível de escolaridade, 50% possuíam o ensino fundamental incompleto, 33% eram analfabetos, 10% tinham o ensino médio completo e 7% eram alfabetizados.

Gráfico 12

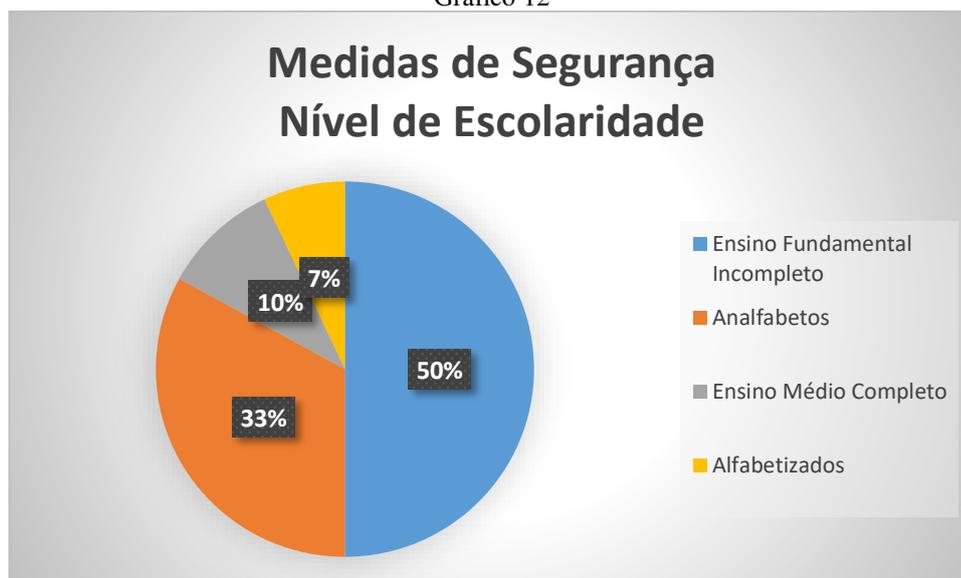
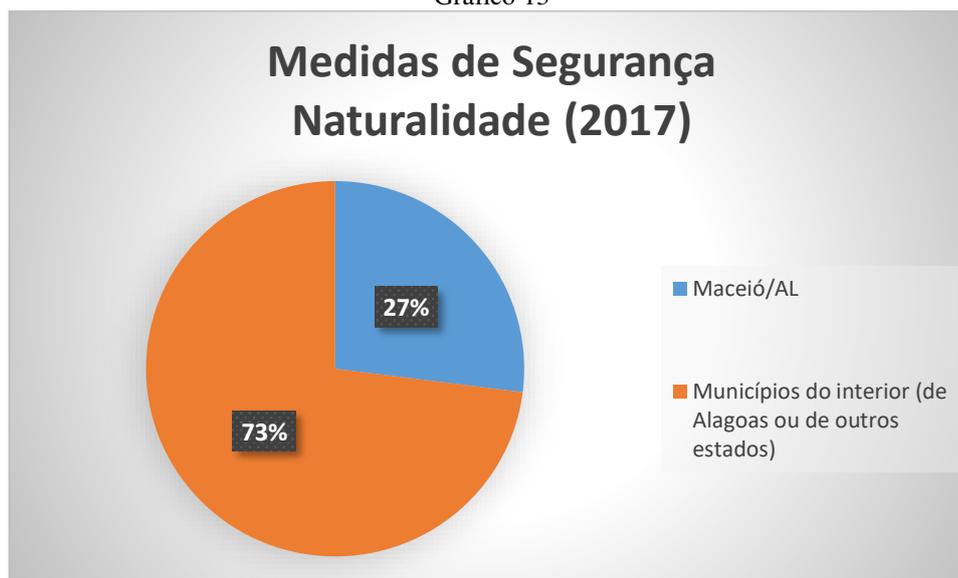


Gráfico sobre medidas de segurança levando em conta o nível de escolaridade.

No que diz respeito à naturalidade, 27% eram de Maceió e outros 73% eram de municípios do interior – de Alagoas ou de outros estados.

Gráfico 13



Gráficos sobre as medidas de segurança considerando a naturalidade.

É possível perceber que também o sistema penitenciário manicomial é seletivo, tal como o sistema penitenciário “comum”. Dentro dos muros do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico estão, predominantemente, pessoas de classe baixa, negras ou pardas e com baixo ou nenhum grau de escolaridade.

Isso certamente se dá pelo fato de que, quando uma pessoa de classe alta comete um injusto penal, a família não deixa que o caso chegue até o sistema penal, optando por pagar por um tratamento na rede privada. O que há em comum em todas as classes sociais frente ao fenômeno da loucura é o fato de que a resposta é sempre a exclusão. Busca-se esconder do restante da sociedade o familiar que possui a doença mental.

Também estão lá, em sua grande maioria, pessoas que moravam em municípios do interior, em geral marcados pela pobreza. Se na capital alagoana o serviço público de saúde mental já deixa muito a desejar no atendimento, nos municípios do interior o serviço é praticamente inexistente. Na verdade, o Brasil como um todo ainda está muito atrasado na implementação do direito à saúde mental, apesar dos avanços trazidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica. O tabu frente à doença mental ainda é muito grande, o que faz com que ainda sejam muito tímidas as discussões sobre o tema e, conseqüentemente, muito escassa a implantação do serviço pela rede pública.

Uma das idas ao Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy foi destinada à coleta dos dados referentes ao número de pacientes que recebem visitas. Por não ser este o objetivo central da pesquisa, os dados foram colhidos em apenas um dia de visita, apenas com o intuito de quantificar e verificar na prática a informação que é recorrente nos estudos sobre o tema e também no relato dos funcionários do CPJ e dos profissionais da justiça da 16ª Vara

Criminal da Capital: a de que a maioria dos pacientes é abandonada por seus parentes, porque muitos deles cometeram o injusto penal dentro do seio familiar.

No CPJ, os internos podem receber visitas aos finais de semana e às quintas-feiras, neste último caso a cada quinze dias. De acordo com a coordenadora de psicologia do sistema penitenciário, o dia de visita durante a semana surgiu como uma ideia para tentar trazer mais familiares para o CPJ, tendo em vista que a maioria deles não quer “perder” seu fim de semana se deslocando para visitar o parente internado. Assim, infere-se que este é o dia em que os pacientes recebem mais visitantes.

No dia da colheita de dados sobre as visitas, que ocorreu no início do ano de 2018, a população total de internos era de 71. Destes, 21% (15) pacientes receberam um visitante, 11% (8) receberam dois visitantes e 68% (48) não receberam nenhuma visita. Ou seja, apenas 32% (23) dos pacientes receberam visita de parente(s) ou amigo(s).

Gráfico 14

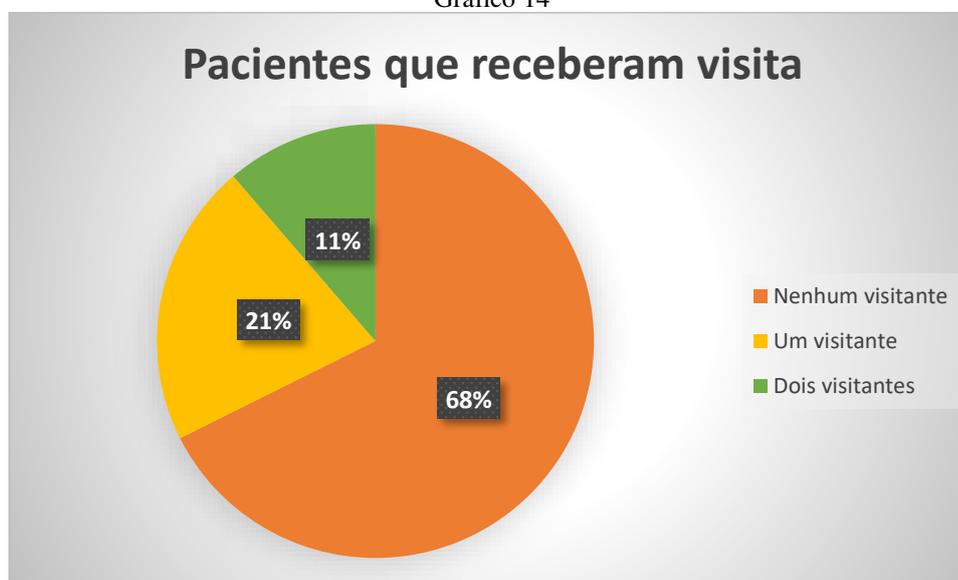


Gráfico dos pacientes que receberam visita.

Também foram coletados dados referentes ao tempo de internação no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy. Foi calculada a média a partir da soma do tempo de internação de todos os pacientes, dividindo o total pela quantidade de internos. Ou seja, utilizou-se a média aritmética.

Em relação aos pacientes que cumpriam medida de segurança, a média foi de quatro anos e meio de internação. Claramente em decorrência da aplicação dos entendimentos dos tribunais superiores que limitaram temporalmente a duração do instituto. Já em relação aos internos para tratamento ou elaboração de laudo psiquiátrico, a média de tempo era de um ano e meio.

5.2 O que dizem os profissionais

5.2.1 O OLHAR DA PSICOLOGIA

A coordenadora do quadro de Psicologia da Seris (Secretaria de Estado de Ressocialização e Inclusão Social), Marina Miranda Felippu, concedeu uma entrevista, oportunidade em que prestou diversas informações importantes sobre a sua vivência no sistema penitenciário e, especialmente, no CPJ. Inicialmente, ela fez alguns esclarecimentos sobre o que é o CPJ:

O Centro Psiquiátrico Judiciário é uma unidade, na verdade, é um hospital psiquiátrico que é responsável por receber todos os indivíduos que são considerados inimputáveis pela lei, que cometeram algum ato, mas, através do exame de sanidade mental, foram considerados incapazes de responder criminalmente, digamos assim. [...] Então, na verdade, eles não são apenados. [...] Então eles ficam aqui. Então inicialmente a primeira avaliação é quando ele tá com dois anos. Quando ele tá com dois anos, ele faz um exame que tem outro nome, é chamado de exame de cessação de periculosidade, que é um nome horroroso, que não condiz com a realidade. Que, na verdade, diz se, com o tratamento, ele tá em condições de retornar a um convívio, de estar no convívio da sociedade. [...] Porque algumas doenças mentais a gente não fala “ah, ele está curado”. A gente fala: está em tratamento, ele vai permanecer em tratamento e tem que ser acompanhado. Agora se esse acompanhamento vai ser internamento, numa instituição, ou se ele será na residência dele, indo para os CAPS ou uma residência terapêutica, aí é o médico que vai dizer. Porque, no caso, aqui, o principal, a principal pessoa do indivíduo que tá no CPJ não é o juiz, é o médico. Porque o juiz, ele precisa que o médico afirme que tá em condição, para ele poder mandar pra casa, porque a gente não tá falando de pena, tá falando de tratamento. Então a pessoa mais importante é o médico.

A psicóloga também esclareceu quais são as pessoas que estão no Centro Psiquiátrico Judiciário, desmistificando a falsa ideia, muito frequentemente seguida pela população de uma forma geral, de que são os chamados psicopatas que estão lá internos.

É um erro muito de senso comum. Na verdade, [...] as pessoas têm a questão da psicopatia, da sociopatia, elas acham que é uma doença mental e que o indivíduo vai estar interno numa instituição. Os indivíduos que estão aqui, eles não discernem entre o certo e o errado. Eles cometeram um ato em virtude de um... muitos em delírio persecutório, achando que estava matando pra salvar a própria vida, ou achando que ele tava ameaçado ou, enfim... A gente tem um caso específico que ela ouviu vozes dizendo que tinha que assassinar aquelas crianças, que aquelas crianças eram o demônio, e ela matou as crianças. Quer dizer, ela não fez porque ela quis. Ela fez porque ela estava com a psique dela, como é que eu posso dizer, [...] ela tava em uma crise por causa da doença mental dela. Ela é esquizofrênica, tava tendo delírios. Ela tem alguns casos, ela fica psicótica com uma frequência muito grande. Então realmente essa pessoa não tinha como discernir entre o certo e o errado. Então o lugar daqueles que não discernem entre o que é certo e o que é errado é aqui, é no hospital psiquiátrico. Um indivíduo que é antissocial, um sociopata, um psicopata, todas as nomenclaturas que o senso comum usa, enfim... Ele discerne completamente o que é certo do errado. Eu atendi uns indivíduos considerados em laudos médicos e psicológicos como psicopatas e eu digo a você: eles têm plena consciência do que é certo e o que é errado. O que eles não têm é o que a gente

chama de afetividade. Ele não tem, é... Como é que a gente usa bem no senso comum... Ele não ama, ele não odeia. Na realidade, o que é certo pra ele é aquilo que ele quer. E o que é errado pra ele é aquilo que ele não quer. Isso colocando bem numa linguagem fácil de entender. [...] Então esse indivíduo, ele não pode ser comparado a um indivíduo que tá psicótico, que tá em delírio, a um indivíduo que tem uma doença mental que tira dele o discernimento entre o certo e o errado. Ele não tem domínio sobre ele mesmo. Esse indivíduo, sim, ele precisa de tratamento, não de punição. Mas um psicopata, não. Ah, o lugar dele ideal é misturado com os outros reeducandos? Também acho que não. Também acho... Existe, inclusive, previsto na LEP, um lugar em que eles deveriam ser separados, esses indivíduos que são considerados muito mais perigosos, e com uma equipe bem mais preparada, específica para cuidar deles. Deveria, mas essa não é uma realidade do nosso sistema penitenciário. Mas o lugar desse indivíduo, que é psicopata, que é antissocial, é dentro de uma unidade penitenciária, não é dentro do centro psiquiátrico judiciário. [...] É um forma diferente de ver o mundo, digamos assim. Mas não é uma forma que tira dele a capacidade de saber o que é certo e o errado. Não, ele só não se importa.

Em seguida, Marina Felippu discorreu sobre a possibilidade de aplicação da Reforma Psiquiátrica aos pacientes em medida de segurança, explicando as dificuldades e os meios de sua implementação:

A reforma psiquiátrica, ela pode ser uma realidade em outros locais, mas dentro dos atos considerados de alguém que mata, de alguém que agride e que aí passa por um exame de sanidade mental, essa não é uma realidade existente no Brasil ainda. Ainda não acontece, vamos supor: você matou alguém, mas, de acordo com a Reforma Psiquiátrica, você pode ser tratado em casa. Desde que você tenha uma série de... você tem que ter uma série de comprovações de que você tá em tratamento, que você tá indo diariamente ao CAPS, que você tá tomando a medicação, com os relatórios médicos. Isso seria uma ideia que a gente tem de uma reforma psiquiátrica. Seria isso. A não opção de um tratamento de internação, buscando a não institucionalização, que realmente a institucionalização ela piora a situação, em vez de melhorar. Mas isso não é uma realidade ainda. Até porque a sociedade não aceitaria isso. Então se a gente parar e pensar um caso de alguém que matou alguém da família, que é a maioria dos casos [...], e o indivíduo é considerado inimputável e tá em internação, e você disser assim, para o vizinho, por exemplo, que matou a mãe dele: você vai ficar em casa. A sociedade não aceita isso. A sociedade, ela quer que ele seja punido. Ela vê a internação como uma punição, como feita a justiça. Se ele estiver em casa, a justiça não foi feita. Aos olhos da nossa sociedade, do senso comum, é assim que acontece. E, na realidade, nesse caso, a internação não funciona como uma punição. Ela é um tratamento. E esse tratamento poderia, sim, ser feito em casa? Poderia. Se a gente tivesse uma estrutura de saúde que funcionasse. E não temos. Infelizmente não temos. Até porque teria que ter a participação também dessa família, pra cuidar desse tratamento do indivíduo. Então, se você me perguntar: o que é que é melhor, o que é que você faria se fosse sua a decisão? Que é normalmente isso o que as pessoas me perguntam. Primeiro eu estruturaria os Centros de Atenção Psicossociais antes de fazer isso. Teria que ter uma estrutura, inclusive, de pessoas preparadas pra lidar com esses indivíduos. E isso, claro, é uma ideia que eu já tenho há muitos anos, de usar os centros, os Conselhos de Classe, CRP, o CRESS, o CREMAL, pra que eles tenham capacitações em conjunto com o SUS; capacitem esses profissionais continuamente. Atualizem de legislações, de mudanças, de resoluções. [...] Então esses conselhos, eles justamente atualizariam isso de todas... atualizariam esse grupo de pessoas que estão trabalhando no Centro de Atenção Psicossocial, em conjunto com as secretarias, com um financiamento conjunto, pra que eles sempre tivessem atualizados pra lidar com esse público, porque não adianta só você ter o Centro. Você tem que ter o profissional competente pra saber lidar com isso, senão não adianta. Senão não funciona. E com estrutura. Com uma estrutura, inclusive, pra, numa crise, esse indivíduo ter onde ficar, e hoje ele não tem. Quando o Portugal Ramalho acabar de vez, como é que vai ser? Aí você

tá com um indivíduo com crise, agressivo, sendo um perigo pra ele mesmo, que ele pode se machucar e agredir os outros. E aí ele precisa realmente de uma intervenção pra que ele possa primeiro tomar a medicação, sair daquela crise, para retornar ao convívio à sociedade. Isso, claro, tratando-se da Reforma Psiquiátrica num tempo breve. Mas ele teria que ter. Qual é o CAPS que ele fica lá, que tem lugar onde ele vai ficar, com um profissional 24h? Tem um? Não tem. Tem o Portugal Ramalho, que tem o CAPS anexo. Tem, mas e aí, o Portugal Ramalho, vão passar uma estrada no meio. Vai acabar, inclusive, o prédio. Uma estrada vai passar no meio dele. Até o prédio vai acabar. E aí, como é que vai ser se ele tiver em crise? Como é que vai ser quando esse indivíduo cometer um crime? Que, além de toda a questão de saúde dele, tem e necessidade de cuidado, porque ele tem que ser cuidado, porque ele não fez aquilo porque ele quis. Você ainda tem a sociedade, que muitas vezes vai querer linchá-lo, vai querer pegá-lo. “O cara matou a mãe! Ah, meu Deus!” Aí a comunidade, principalmente em interior, todo mundo quer pegar o indivíduo. E aí, onde ele vai ficar? Na delegacia? Porque não tem onde colocar. Então, pra você realmente fazer uma Reforma Psiquiátrica eficiente, você tem que ter os CAPS funcionando, e funcionando mesmo, com profissionais extremamente capacitados, senão não adianta, senão você não consegue. Aí, se você me perguntar, porque eu já antecipo as perguntas... Não sei se você já percebeu... Aí se você me perguntar: ah, tá, mas você acha que, se isso tudo que você tá dizendo aí acontecer, vai acabar com o centro psiquiátrico judiciário? Eu acho que não, porque ainda assim a sociedade, ela exige justiça. Ela acredita que se ele não for, se não apartá-lo, se não segregá-lo do convívio social, não foi feita a justiça, porque ainda não se consegue ter o entendimento de que aquele indivíduo, ele não pode ser condenado, ser responsabilizado pela sua atitude. As pessoas não têm esse entendimento, então vai ser muito difícil pra que a sociedade aceite que um indivíduo que cometeu um crime hoje, vamos supor, passe, ele vai e é medicado, passe uma semana e volte pra casa. Não vai. A gente vai ter muitos problemas com relação a isso. Então eu acho que o hospital psiquiátrico [...] realmente não vai acabar. Infelizmente, porque eu acho que eles têm o mesmo direito que qualquer indivíduo. [...] Agora precisaria, além de tudo o que eu disse, mais duas coisas. A maioria deles cometeu os seus atos dentro do próprio seio familiar [...]. Precisa trazer essa família pra perto, porque uma hora ele vai pra casa. [...] Precisa trazer pra perto uma família que tá longe. [...] Então, o que é que a gente deveria ter? Já que essa família tá longe, já que a gente precisaria ter todo esse trabalho com a família pra ele poder retornar pra casa? Residências terapêuticas. Um local onde ele ficasse, que teria uma equipe de saúde também. [...] As residências terapêuticas, pra que eles ficassem lá. Só que também precisa acrescentar a isso tudo... porque a gente tá falando, na grande maioria, de famílias de baixa renda e que os familiares precisam trabalhar. Como é que vai fazer pra levar ele, no dia da terapeuta ocupacional, no dia do psicólogo, do atendimento médico? Tem tudo isso. Quer dizer, ele vai praticamente, graças a Deus, se funcionasse, a semana toda pro CAPS. Como? O cara vai deixar de trabalhar? Ele não vai fazer isso. É justo? Aí o que é que eu acho: deveria ter um carro, enfim, uma van, que buscasse esses pacientes na data certinha, pra que eles passassem o dia no CAPS, enfim, buscava depois e levava de volta. Aí funcionava. Entendeu? Primeiro porque a gente teria o controle que ele tá indo, né? A gente teria todo esse controle. Os médicos teriam o controle de que ele tá tomando a medicação, porque ele passaria o dia lá. E não teria nenhuma variável que faria ele não ir. [...] O ideal era que fosse assim pra todo mundo, mas como é Brasil, é algo irreal, seria querer demais. Então isso seria para os que cometeram algum ato e estão em medida. [...] Então esse precisariam desse acompanhamento, precisariam desse cuidado.

A entrevistada explicou a importância de se acompanhar de perto a pessoa que possui doença mental. De acordo com ela, se os parentes estivessem mais atentos aos sinais dados pelo paciente, a grande maioria dos surtos e das crises poderia ser evitada.

Nenhuma crise acontece, assim, pronto, eu tô aqui bem, conversando com você, vamos supor que eu tenha algum tipo de patologia psiquiátrica... [...] Vamos supor que eu fosse esquizofrênica, que essa fosse a minha patologia. Aí eu tô aqui normal,

conversando com você, e aí eu surto e tento te enforçar. É assim? É assim que as pessoas imaginam que é. É essa a ideia mental que as pessoas têm que é. Não, não é assim. Uma crise ela não vem assim. O que é que acontece? Um indivíduo... Normalmente os indivíduos com patologia psiquiátrica, eles têm um comportamento um pouco metódico para algumas coisas. Vamos citar: horário de comer, né? Eles comem sempre no mesmo horário. É... Tem um programa de televisão que ele liga todo dia naquela hora. Faz algumas coisas de forma metódica. Então, de repente, todos os dias ele come de meio-dia. Vamos dar um exemplo prático, fácil. Um belo dia, deu duas da tarde, e ele não foi comer. Um ponto, né? Um ponto fora do lugar. Quando foi de noite, ele começou a falar de forma logorreica, falar sem falar. Então ela tá com a fala acelerada. Você vê que ele tá com agitação psicomotora. Opa! Aí já ligou o pisca-alerta. Você, no dia seguinte, tem que levar ele imediatamente pro psiquiatra. Porque ele já tá começando a dar sinais de que algo está errado. Então eles vão dando sinais. Às vezes pequenos, como o horário de comer. Às vezes maiores, como a agitação psicomotora. Às vezes a gente percebe no olhar que ele tá mais aéreo, mais confuso, que ele tá se isolando. Todas as mudanças de comportamento, quando se trata de um indivíduo com doença mental, todas elas têm que ser vistas com cuidado. Então qualquer coisa que você observe que o indivíduo alterou da conduta diária dele, você tem que comunicar à equipe de saúde, porque a equipe de saúde vai saber como proceder. De tempos em tempos, a medicação precisa ser mudada, aumentada, substituída ou diminuída. Então, pra isso, a equipe de saúde tem que ter o olhar daquele que tá do lado dele, acompanhando. Então, se você fizer tudo isso, provavelmente ele não vai ter um surto, se você tiver todos os cuidados. Se ele tiver tomando a medicação e tudo. Você percebe essas alterações se você tiver atento a ele. Ah, pode acontecer de, até mesmo assim, de ele surtar e tudo? Se você não tiver bem atento, se você não tiver tomando o cuidado se ele tomou a medicação, ou, enfim, até no caso de uma doença mental, até se o indivíduo teve uma infecção intestinal, uma diarreia, pode alterar a questão da absorção medicamentosa. Então a pessoa pode... Mas mesmo assim ela vai dando sinais, e aí você tem um tempo hábil de tomar uma atitude. Vai acontecer determinados fatos, de vez em quando, um ou outro, pontuais, de esse indivíduo cometer uma agressão? Vai, mas, o teu vizinho, você pode garantir que não vai acontecer? Um parente seu, que você conhece, que teve uma raiva, enfim... Vamos colocar nós, mulheres, que é mais fácil... A gente tá com crise financeira, crise no casamento, com TPM, a gente não pode surtar? Então acontece, mas isso acontece com todo mundo. A gente diminui as variáveis quando a gente entende, primeiro, o que é uma patologia psiquiátrica. Segundo, como deve tratá-la. E, terceiro, com uma equipe de saúde que tá cuidando dele. Então a gente vai evitar e vai deixar as variáveis muito próximas à da sociedade comum. Então ninguém tá livre de levar um murro de uma colega de trabalho. Ninguém tá livre disso. Acontece! E pode acontecer. A gente tem que diminuir as variáveis. Então, pra isso, precisa de tudo isso.

Quando foi perguntado se a psicóloga entendia que, nos moldes em que o CPJ se encontra atualmente, os pacientes conseguem receber um tratamento efetivo e adequado para a patologia, ela respondeu o seguinte:

Olhe, normalmente as pessoas dizem que eu tenho que ter juízo, que eu trabalho aqui, que eu tenho que ter cuidado com o que eu digo, prestadora de serviço, que eu não deveria falar tanto a verdade. Mas eu não consigo. É da minha natureza. Na realidade, não. Na realidade, a gente, essa instituição aqui, ela foi modelo na América Latina em mil novecentos e antigamente. A gente tinha mais de dezessete psicólogos, tinha médico psiquiatra, o clínico, o médico perito, o plantonista, o diarista, o médico clínico, o clínico geral, tinha alguns médicos que também tinham uma especialidade, que cuidava de toda a questão... Isso era, realmente, um hospital. Tinha reuniões em conjunto, tanto da psicologia, com os médicos, no momento em que eles iam fazer um laudo de desinternação. No momento de fazer um laudo, ele tinha um grupo de saúde, eles definiam... Era assim. Eu sei porque o dr. Emanuel, que foi um dos responsáveis por essa estruturação, me deu, inclusive, o projeto, pra eu ler. Ele foi voluntário na minha equipe durante um tempo, da comissão técnica de

classificação. E aí ele me mostrou como era. Eu chorei, porque eu digo: meu Deus! Era, caramba, isso existiu, né? [...] E aí depois que eu li tudo, que eu entrei, eu vi que realmente a estrutura comportava, a estrutura física da unidade, se você fechar os olhos e não ver a sujeira, a bagunça, você imagina que tá tudo limpinho, tudo... Ela tem uma estrutura boa, porque você tem as alas, e no meio aquele pátio, e aí você tem todo o visual dessas alas. Você consegue separar, inclusive, a equipe... Você consegue fazer isso, porque você tem uma estrutura física que tornou tudo o que eles faziam possível. Mas isso foi antes. Hoje a gente tem dois peritos, porque uma se desligou. [...] Você tem um psiquiatra clínico, e você tem um médico, que é um reeducando, que tá cumprindo pena e que atende três vezes por semana aqui. Você não tem um plantonista e você não tem médico diariamente. Então é muito difícil, sem ter um acompanhamento médico diário, você fazer isso. É muito difícil. O ideal era ter realmente médicos todos os dias. A gente tenta, claro. Quem trabalha aqui, a gente acaba se apaixonando. Por incrível que pareça. Com todas as dificuldades. Se você conversar com qualquer profissional da saúde, você já conversou com alguns, você vê que a gente fala com uma certa paixão do nosso trabalho. É incrível. Esse lugar é viciante. É, a gente... Eu não sei se é porque eles não têm mais ninguém, né? Eles têm a equipe de saúde por eles. Porque o restante do pessoal quer manter a ordem, a disciplina, né? Manter as coisas no lugar. E a gente quer cuidar deles. Há essa diferenciação. Então como é a gente que tá aqui pra eles, então a gente tem um pouco dessa paixão. Então a gente consegue que, um paciente tendo uma crise aqui, a gente consegue que o médico, mesmo que perito, ele atenda emergencialmente. A gente até consegue isso. Mas eles ficam muito na mão da enfermagem, né? Aqui a gente tem uma ótima enfermeira e tal, mas que é muito complicado. São muitos pacientes. São mais de oitenta pacientes aqui dentro hoje. E o corpo de enfermagem tem que dar conta de tudo. [...] Se não tiver esse olhar da enfermagem, não tem como ter controle. Porque os médicos não tão... Eles não vão lá dentro, né? Eles não vão. Eles atendem aqui. Então o que é que acontece? Você tem que ter uma ótima equipe de enfermagem, e uma ótima equipe de psicologia, e uma ótima equipe de assistência social, que passe a ser o olhar desse médico aqui dentro, né? O médico lá dentro do pátio. Se você não tiver isso, não funciona. E nem todo médico, a gente sabe disso, é aberto a isso. Alguns são, eu não vou citar nomes... Alguns são, e tornam o trabalho muito mais fácil. E outros, a enfermeira, delicadamente ou não, entra na sala dele e diz: ah, fulano, não sei o que, não sei o que, não sei o que... E acaba sendo assim. Acaba sendo um leão por dia mesmo, pra funcionar.

A entrevista com a psicóloga trouxe uma visão mais ampla e especializada sobre os vários problemas que envolvem a doença mental e as pessoas que são submetidas às medidas de segurança. A seguir serão apresentados os pontos de vista dos operadores do direito.

5.2.2 A PERSPECTIVA DA DEFENSORIA PÚBLICA

No ano de 2017, foi entrevistada a defensora pública Andréa Carla Tonin, que é a responsável pelos processos das duas varas de execuções penais de Maceió/AL. Ao ser perguntada sobre qual critério é utilizado de forma preponderante em Alagoas para determinar a desinternação dos pacientes em medida de segurança, ou seja, se seria o exame de verificação de cessação de periculosidade, a Súmula nº 527 do STJ, ou o entendimento do STF – referente aos trinta anos –, ela respondeu o seguinte:

O entendimento, não só na execução da medida de segurança, mas na própria execução de pena, todos os entendimentos que são mais benéficos pros reeducandos

e pros internos eles são aplicados aqui pela vara, com algumas exceções. As exceções não se aplicam pras medidas de segurança. Então, o que é que acontece: via de regra, o primeiro instrumento que se utiliza é o laudo de cessação de periculosidade. Vindo o laudo, independentemente do tempo de pena, esse paciente vai ser desinternado e vai ser feito um acompanhamento ambulatorial. Passado um ano, ele novamente vai ser avaliado para verificar a necessidade da permanência da medida. Se, nessa reanálise, ele confirmar o resultado do primeiro exame, a medida de segurança dele, ela se extingue. Caso contrário, ele continua recebendo acompanhamento ambulatorial e permanece nessa situação até que o último laudo dele dê como cessação definitiva da periculosidade. Então esse é o trâmite normal. Terminou a pena, que supostamente seria aplicada para o delito que ele supostamente foi acusado... Como não existe a condenação, não existe pena. Então utiliza o parâmetro em abstrato. Então, pela utilização do parâmetro em abstrato do crime que foi imputado a ele, a gente já, quando não há cessação anterior, a gente pede pelo crime. Obviamente que no melhor entendimento pra ele.

Assim, percebe-se que, em geral, primeiramente é utilizado o parâmetro da cessação de periculosidade. Porém, quando termina o tempo da pena prevista em abstrato para o fato típico praticado, sem que o interno tenha um laudo positivo de cessação de periculosidade, o paciente é desinternado, com base no entendimento estampado na Súmula nº 527 do STJ. Utiliza-se, portanto, a regra do princípio mais benéfico ao indivíduo.

A defensora afirmou que existem alguns casos teratológicos no CPJ, decorrentes de problemas processuais. Ela relatou que

o que acontece, digamos assim, nesses casos escatológicos que a gente vê no CPJ são problemas processuais. Eu vou te trazer uma situação que a gente conseguiu resolver milagrosamente, porque o processo desse réu, ele sumiu. Era um processo antigo, era um processo de uma comarca do interior. Ele tinha um corréu. O processo em relação a ele foi cindido, porque o exame, o incidente de insanidade mental deu positivo, então a juíza mandou separar o processo do réu que continuou réu e do outro que teve a absolvição sumária. E simplesmente essa cisão, se aconteceu, se perdeu na vara. Ou seja, ficou uma decisão, na verdade nós tínhamos uma decisão dentro de um processo que nunca foi dado cumprimento. E esse paciente ficou no CPJ aí até... [...] E a gente ficava cadê o processo ele, cadê o processo dele? Ele tá internado por onde? Não tinha expediente na execução penal em relação à situação dele. Fizemos o procedimento, oficiamos, requeremos que se oficiasse a comarca de origem para enviar a PEC²⁶⁶ dele, a PEC da medida de segurança pra cá. E não enviavam, não localizavam o processo e a gente teve que recorrer a uma certidão cartorária lá de que não existe processo. Dr. Braga mandou desinterná-lo imediatamente, desinterná-lo sem nenhum outro tipo de procedimento, porque não existia um processo aqui. Então ele tava internado... Ele estava, aproximadamente, já se aproximando de vinte anos lá.

Andréa Carla Tonin, tomando como base este exemplo, explicou a situação de abandono familiar por que passam os pacientes do CPJ:

E aí você me pergunta: tá, mas como é que uma pessoa fica lá? Ninguém interfere por ela? Ninguém? Os maiores obstáculos que eu vejo em algumas situações são justamente os membros da família. Por quê? Primeiro porque, via de regra, essas pessoas cometem crimes contra a própria família e, por conta disso, as famílias acabam abandonando. Quando não abandonam, frequentam o CPJ, mas não querem que ele saia de lá. E, quando ele sai, se ocorrer qualquer situação potencialmente fora de controle, a família retorna aqui e quer internar de volta, como se o CPJ fosse

²⁶⁶ PEC – Processo de Execução Criminal.

um hospital psiquiátrico. Então as pessoas e as famílias, elas têm essa falsa impressão de que aquilo ali não é um presídio, não é um local de restrição de liberdade. Muitas famílias, muitas famílias de presos condenados esquizofrênicos, que têm problema com uso de substância entorpecente, vêm aqui querendo que o filho... o filho, a esposa, o marido, enfim... sejam transferidos para o CPJ, como se lá fosse o melhor lugar do sistema prisional. Então a gente tem que fazer esse trabalho de mostrar pra família que ali não é um hospital, é uma casa de privação de liberdade com assistência médica, o que é muito diferente. A assistência médica que eles querem não está no CPJ, ela está no âmbito da saúde, não do sistema carcerário, do sistema prisional. Então a gente enfrenta muito essa situação da própria família querer que eles permaneçam lá porque entendem que, de alguma forma, que lá é um hospital psiquiátrico, e não querem que ele saia de lá, porque não tem um acompanhamento também médico, não tem um acompanhamento psicológico, não tem um acompanhamento de como cuidar daquela doença pra poder receber esse paciente em casa de volta. E assim, eu faço uma crítica muito grande, pessoal, pelo trabalho que eu vejo e pelas situações que eu atendo no meu dia a dia, ao movimento antimanicomial. Não pelo movimento em si, não pelo fato de se esvaziarem manicômios, mas pelo fato de que isso não tenha sido feito com uma política pública de acompanhamento da família desses presos, porque simplesmente tirou pra onde as pessoas corriam em caso de urgência e não se deu o respaldo pra família pra que eles aprendam como lidar com a doença desse familiar.

Em seguida, a ela relatou qual o caminho que os parentes têm utilizado para conseguir mandar o paciente de volta ao CPJ:

E, assim, eu vou te dizer que o caminho mais curto que essas famílias encontraram para mandar essas pessoas de volta pro CPJ é a Lei Maria da Penha. Porque é óbvio que uma pessoa em surto ela vai ameaçar, ela vai causar algum tipo de lesão, ela vai causar algum tipo de dano. Isso é levado pra delegacia da mulher. Isso lá é colocado como violência doméstica. E aí, o que é que acontece? Essa pessoa que tá em tratamento ambulatorial de certa forma infringiu o tratamento. E aí eles correm aqui pra pedir pra reinternar. Eu tenho um caso [...]. Ele já voltou umas cinco vezes pro CPJ, porque a família vai... Se você colocar o nome dele lá na violência doméstica, você vai ver. Ele tem uns cinco, seis processos lá, todos de Lei Maria da Penha. E essas situações elas são causadas por quê? Porque ele é esquizofrênico e aí ele tem que fazer uso da medicação. A família fica com o benefício dele, que é um benefício bem significativo. Não tô dizendo que eles fazem isso deliberadamente, mas... [...] E isso acaba gerando esses corriqueiros desentendimentos por aqui. Pela Defensoria, eu não faço mais esse tipo de pedido. Eu encaminho para o Ministério Público. Não é função da Defensoria pedir a internação de ninguém. A minha função é pedir a desinternação. Nessas situações, eu encaminho para o Ministério Público, para que tome algum tipo de providência, se é que há alguma providência pra tomar. [...] Mas aqui na Defensoria a gente faz a tutela do paciente, independentemente da vontade da família.

A defensora afirmou que “são poucas as reincidências [...], e as reincidências que, pelo menos eu tenho conhecimento, como desse caso que eu te citei, são reincidências que acontecem por outras questões, [...] decorrentes da relação familiar em que ele está inserido”.

Ao ser questionado se ela tinha conhecimento sobre algum advogado particular atuando em processos dos pacientes do CPJ, declarou: “não, não consigo me recordar agora. É raro, muito raro, até por conta dessa situação, né? Que geralmente a família abandona mesmo. Então eles ficam na tutela do Estado, em todos os sentidos”.

Ao ser perguntado para onde são mandadas as pessoas que têm a medida de segurança

extinta, porém não têm para onde ir, por não possuírem mais vínculos familiares, a entrevistada respondeu que são mandados “geralmente para casas de abrigo [...], onde eles tenham algum tipo de assistência”.

A defensora pública ainda ressaltou uma grande problemática no sistema penitenciário, que diz respeito justamente ao tratamento dos dependentes químicos. Estes, por sua vez, têm sido mandados para o CPJ para que recebam tratamento, o que não deveria acontecer, pois não é o local apropriado para recebê-los.

Eu acho que deveria haver um local separado para os dependentes químicos. Eu venho conversando já com o Dr. Braga para que se desenvolva um projeto de ter um módulo específico pra quem é dependente químico dentro da penitenciária. [...] Pra que eles tenham realmente um acompanhamento. Eles são enviados pro CPJ quando estão em surto, [...] mas, assim que passa, eles são devolvidos. Não recebem tratamento psicológico nem psiquiátrico.

Quando foi questionado se ela faria alguma modificação no instituto jurídico da medida de segurança ou na forma como ele é aplicado, ela respondeu o seguinte:

Não. No instituto, não. Porque eu acho que o problema não é no instituto. O problema é a abordagem médica que se faz e a abordagem familiar mais do que tudo. [...] O que eu vejo é um problema estrutural. Porque eu acredito que deveria ter mais profissionais, um acompanhamento mais incisivo realmente e a possibilidade de haver esse envolvimento maior com a família, cada vez mais, porque muitos familiares não compreendem o que é que é a doença mental e acabam se utilizando de institutos que não são compatíveis pra resolver o problema familiar. E “resolver” o problema familiar é a família do lado de fora e o paciente do lado de dentro. [...] As famílias entendem que, se elas têm um doente mental, esse doente mental tem que tá segregado dentro de um hospital, pra que ele esteja bem e pra que a família esteja bem. Essa é a visão que a gente percebe aqui, empiricamente.

A defensora falou, ainda, sobre a classe social da maioria dos pacientes que se encontra no CPJ, afirmando que, em geral, são pessoas de classe baixa.

Por que, em geral, é gente de classe baixa? Porque gente de classe alta paga e interna. Não chega ao sistema. Paga a interna. E mantém aquela pessoa internada ou mantém aquela pessoa num tratamento efetivo, um tratamento que dá resultado positivo, que faz com que essa pessoa não tenha recaída. Agora quem tem menos estrutura e quem tem menos disponibilidade de acesso ao serviço acaba procurando o Poder Judiciário pra poder conseguir solucionar o problema.

Tonin destacou a importância dos estudos voltados à saúde mental no Brasil e falou sobre as falsas noções que normalmente estão acompanhadas de doença mental:

Quanto mais estudiosos estiverem voltando os olhos para essa situação, de todas as áreas... [...] Porque é muito relegada a saúde mental no Brasil. Não tô nem dizendo só saúde mental voltada a isso, que decorre da prática de um fato típico, digamos assim, mas a saúde mental de uma forma geral. E é um tabu. Não é só um tabu em relação ao tratamento. É um tabu em relação à capacidade da pessoa que tem uma doença mental. Via de regra, essas pessoas são tratadas como incapazes. E a doença mental, via de regra, ela não é incapacitante pra todas as áreas da vida da pessoa. Uma pessoa que é esquizofrênica e que recebe um tratamento adequado, ela tem uma vida normal, mas a gente: “ah, é um esquizofrênico. Ele pode, a qualquer momento... Ele é um risco em potencial”. E a gente vê que isso se reproduz nos laudos, sabe? Um risco em potencial. E não é só para o doente mental, tá? As

peças, se você for olhar, se fizer uma análise dos exames criminológicos, você vai ver. Ela vai dizer que não, mas, da minha leitura, eu extraí isso do laudo: porque o investigado era, o paciente era homem, era jovem, ele tinha muita chance de voltar a cometer estupro e por isso ele não poderia ser reintegrado à sociedade. Eu não consigo interpretar isso de outra forma. O paciente jovem, do sexo masculino, no laudo. Sendo que o laudo psicológico dele era favorável à desinternação dele, digo, reintegração, porque não era nem caso de doença mental. Mas você vê, a gente já tem preconceito em relação a determinados tipos de crime, você imagina pra quem tem diagnóstico de doença mental mesmo, CID. É um preconceito muito grande, da própria família, via de regra. “Ah, mas ele tá bem lá!” Ele não tá bem lá! Ele tá dopado! Como uma pessoa pode estar bem dentro de um local longe de todas as pessoas que formam o teu ciclo social, sem lazer, sem se relacionar com pessoas que são próximas, que são conhecidas, que são familiares? Quem que fica bem segregado?

E assim foi finalizada a entrevista com a defensora pública.

5.2.3 A VISÃO DO JUIZ DA VARA DA EXECUÇÕES PENAIS

Também foi realizada entrevista com o Juiz da Vara de Execuções Penais (16ª Vara Criminal da Capital), Dr. José Braga Neto. Ao ser perguntado sobre qual é o parâmetro que tem prevalecido para determinar a desinternação do paciente submetido à medida de segurança, ele respondeu o seguinte:

O laudo, principalmente o laudo. Esse é preponderante. No momento em que a gente coloca, faz um exame em todos eles, então dá para você ter um controle, o que não se tinha de 2011 pra trás. Então a gente, a partir da nossa chegada aqui, a gente foi investindo nisso aí e hoje só fica lá quem realmente é pra ficar.

Em seguida, o juiz passou a explicar algumas situações problemáticas que dizem respeito ao internamento de pessoas no CPJ:

Ainda existe uma falta de orientação dos colegas magistrados no sentido de não mandar pessoas pra cá. Primeiro que eles não têm competência para determinar a entrada de ninguém no sistema prisional. Tem que ser através da execução penal. Até porque eles não sabem as condições do CPJ, do Centro Psiquiátrico Judiciário. Então a pessoa tá com suspeita de alguma deficiência mental... Então, processualmente falando, quando isso acontece, tem que ser instaurado o incidente, mas não há necessidade do internamento dessa pessoa. Então aí eles pedem o internamento. Então o maior número de pessoas, muito mais do que medidas de segurança, são as pessoas que estão lá internadas para fazer exame, para aferir se é perigoso ou não, pra aferir a periculosidade, ou se ele tem uma deficiência mental, se ele tinha conhecimento do caráter daquele crime que ele praticou, do caráter criminoso. Então eles são jogados pra lá e ficam, muitas vezes. Então o que é que a gente tá fazendo? Como ele tem... Se ele tem um mandado de prisão, então eu mando para o convívio com os outros presos. Então é um preso como outro qualquer. Se tiver um surto lá, ele retorna, entendeu? E assim a gente vai tirando. O que eu não posso é os juízes determinarem, expedirem um mandado de prisão pra uma pessoa dessa, e eu não tenho como me envolver nisso. Eu não tenho como revogar aquela prisão, né? E só entra lá se tiver uma medida cautelar. Mas alguns colegas estavam fazendo de uma forma diferente. Eles [...] concediam o alvará para a pessoa, revogava a prisão e mandava internar. E eu digo: não, não pode. Tem que ter uma medida cautelar, porque lá é um hospital de custódia. Não pode ficar dessa forma. Então eu expedi uma portaria impedindo esse tipo de entrada de pessoas lá. [...]

Vamos para outra que acontece muito também: dependentes químicos. Não tem a formação para fazer o tratamento de dependentes químicos. Ou então o fato de ele ter cometido o delito e o juiz quer soltar e, por outro lado, quer que ele se trate. Mas não é lá que se trata, é num hospital psiquiátrico ou na residência terapêutica, principalmente em residências terapêuticas, onde tem pessoas capacitadas para recuperar aquelas pessoas, e eles querem fazer isso no Centro Psiquiátrico. E isso parece que é em todo o Brasil.

Quando foi perguntado se existiam casos de pacientes que haviam passado muito tempo no CPJ e foram desinternados em decorrência do entendimento dos tribunais superiores quanto à limitação temporal das medidas de segurança, o juiz respondeu o seguinte:

Já! Sem dúvida! A gente tem um caso emblemático. Uma senhorinha que tinha lá, muito velhinha. Então quando eu cheguei aqui: “mas não pode! Essa mulher, ela não pode ficar aqui!” Ela tinha mais de trinta anos que tava lá. “Mas Dr. Braga, ela é o símbolo daqui. Todo mundo aqui gosta dela. Ela não tem pra onde ir”. Mas não tem, e eu realmente me compadeci e permiti [...]. E foi ficando... Só que saiu essa notícia [...], e foi terrível, né? Porque as pessoas: “ah, porque passou mais do que a pena em concreto!” Mas não é essa! O objetivo não era esse. Ela não tinha pra onde ir. [...] Mas infelizmente ali não era o local dela. Então quando eu vi que podia ter uma dimensão diferente, eu determinei a retirada. [...] E levou pra [...] um abrigo de idosos. Foi lamentável, mas, infelizmente, não podia ficar lá. [...] Não se justifica a permanência dela lá. E assim foi com os outros. Tinham vários. Todos eles saíram.

Em meio a tantos problemas que envolvem o Centro Psiquiátrico Judiciário, a desinternação dos pacientes também se apresenta como um problema. Sobre o assunto, o entrevistado relatou que a desinternação

gera um outro problema social. Então a gente tira aquela pessoa. Às vezes até a pessoa tem pra onde ir. Aí vai pra família. A família não quer. Então a gente manda, vai pro hospital, o hospital passa poucos dias e é um terror. Muitas vezes porque é um incômodo pra família daquela pessoa. Ela tá com o cartãozinho dele. Não se desfaz dele de jeito nenhum. Mas, por outro lado, ele não quer aquela pessoa lá. Essa é uma situação. E tem a outra situação, que é aquela que realmente faz medo, é temeroso ter uma pessoa violenta, que de uma hora pra outra pode cometer uma tragédia. E às vezes têm pessoas que chegam aqui desesperadas. E eu não posso fazer com que ele retorne se ele não cometeu um ato, uma falta grave, ou cometeu um crime, enfim, que faça ele voltar pra lá. Eles têm que procurar um hospital público. Sem dúvida alguma, são pessoas hipossuficientes, na sua grande maioria.

Sobre os exames de verificação de cessação de periculosidade, o juiz afirmou que costumava ter dificuldades para interpretá-los, porém os peritos médico-psiquiátricos passaram a ser mais claros e objetivos com as conclusões.

Quando eu tinha alguma dúvida, lá no passado, que eles deixavam, eu dizia: “não, você tem que ser objetivo”. Ou ele pode ou não pode conviver em sociedade. Aí naqueles casos de dúvida, então era porque eles não tavam querendo assumir muitas vezes. E também no exame criminológico, que não é o seu caso, né? Então aí ele bota: “que, se devidamente acompanhado com tratamento ambulatorial, ele pode retornar para o convívio social”. Aí a gente sai por aí. Não tem outro jeito. A conclusão lá. A gente olha o histórico dele, tudo direitinho, e conclui os que estão aptos ao convívio social. Mas, na sua grande maioria, eles botam que se for para ter o convívio social, que tenham tratamento ambulatorial.

Ao ser questionado se o magistrado faria alguma modificação no instituto jurídico da

medida de segurança ou na forma como ele é aplicado no CPJ, ele respondeu o seguinte:

Se eu pudesse, eu humanizaria mais aquilo ali. Você vê a deficiência de pessoal no trato. Então as pessoas ficam ali. Se você ver, você deve ter ido algumas vezes lá, são pessoas absurdamente drogadas. São mantidas ali todas calmas, mas com efeito de psicotrópicos que são administrados naquelas pessoas. Então quando chega em um determinado período, suspende-se, faz aquele exame. Mas é lamentável. Não sei se em todo o hospital psiquiátrico... Eu nunca fui... Se esse procedimento é o mesmo. Mas eu humanizaria mesmo. Inclusive as instalações, o número de pessoal...

O magistrado elogiou a Lei de Reforma Psiquiátrica e o posicionamento que vem sendo adotado pelo Ministério da Saúde e pelo próprio Conselho Nacional de Justiça:

Eu achei muito boa essa lei antimanicomial e esse posicionamento do Ministério da Saúde, do próprio CNJ. Não para desocupar os centros psiquiátricos, mas para humanizar, e tirar e coibir aí os excessos. Porque muitas vezes se não tiver uma cobrança, ou se não tivesse uma cobrança como tá tendo hoje, e pessoas comprometidas, ficariam pessoas realmente esquecidas. Como teve aquele caso emblemático que eu falei para você, tem outras pessoas que estão lá porque estão completamente esquecidas mesmo. Lá, quando eu digo “lá”, eu estou me relacionando ao Brasil, os centros psiquiátricos no Brasil, os centros psiquiátricos judiciários. Então tem que haver muita seriedade e fiscalização séria sobre esse aspecto. Então ficar uma pessoa, como ficou aquela, que eu realmente permiti que ficasse por pena, porque fazia parte daquele ambiente ali e todo mundo gostava, mas, a rigor, se acontecesse alguma coisa com aquela senhora, o Estado seria responsabilizado, porque era uma pessoa que estava ali indevidamente [...].

E assim foi finalizada a entrevista com o juiz da Vara de Execuções Penais.

Em seguida, serão apresentados os casos de três pacientes, que passaram por esse cemitério dos esquecidos.

5.3 Ser contado é uma forma de não ser esquecido: os pacientes e suas histórias

5.3.1 J.M.S. E A “GRANDE INTERNAÇÃO”

A primeira história a ser contada diz respeito à senhora J.M.S.. Antes de chegar ao CPJ, residia no interior do estado de Alagoas. Era solteira, analfabeta, não tinha profissão.

A capa de seu processo na Vara de Execuções Penais é datada de 1983, quando, ao que tudo indica, foi realizado o seu primeiro exame de verificação de cessação de periculosidade. Na época, ela tinha mais ou menos – sim, é assim que consta no processo – trinta anos.

Consta no exame que, ao ser perguntada sobre o início de sua doença, a paciente respondeu o seguinte:

Todo mundo faz macumba pra mim, por isso eu tô doente. Tem uma aqui que só vive dizendo que vai repuxar meu couro e engilhar minha cara - Relata que sua doença - / começou quando estava dormindo em um quarto “escuro”, e de repente se acordou com um clarão no rosto “por causa da uma / macumba que uma mulher botou em mim eu nunca mais tive alegria em minha vida”. Desde aí seu pai começou a levá-la a terreiro de macumba porém seu estado foi se agravando. Alega

não lembrar porque foi trazida para este Hospital.

No laudo, há a menção de que ela teria cometido uma tentativa de homicídio. O exame mental da interna foi o seguinte:

Pouco cooperativa. Apresenta bom asseio corporal.
Psicomotricidade aumentada. Refere alucinações auditivas e visuais, delírio de fundo persecutório.
Pensamento alterado em sua forma, curso e conteúdo.
Lúcida, incoerente, pegajosa, sempre nos solicitando sua alta.
Memória comprometida.
Parcialmente orientada no tempo e no espaço.
Indiferença afetiva. Atos impulsivos.
Seu comportamento é variável e imprevisível, desde a completa indiferença até a agressividade dirigida.

Seu diagnóstico foi o de esquizofrenia paranoide. A conclusão do exame foi no sentido de que a paciente não apresentava nenhuma condição de retornar ao convívio social, mesmo com o uso de medicamentos. Esta conclusão foi acatada pelo Poder Judiciário, prorrogando a medida de segurança da paciente.

Em 1985, foi realizado um novo exame de verificação de cessação de periculosidade, o qual chegou à conclusão de que a interna “possui periculosidade e necessita permanecer internada, sob manutenção de neurolépticos”. O segundo exame foi bem mais curto.

No ano de 1987, foi repetido o exame. Na parte referente à história criminal da interna, constava o seguinte: “paciente se encontra hospitalizada há 9 anos, por ter praticado tentativa de homicídio contra uma ‘macumbeira’, que, segundo ela, estava fazendo macumba para que piorasse do Juízo”.

Se naquele ano a paciente já se encontrava internada há nove anos, isso leva a crer que ela estava lá desde 1978, justamente o ano em que o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy foi inaugurado. No entanto, em duas decisões do juiz da Vara de Execuções Penais, há a informação de que ela se encontra internada desde 1976. No início do processo, há uma referência ao Hospital Portugal Ramalho. Poder-se-ia concluir, então, que ela já se encontrava internada desde o início de 1976, porém foi enviada ao CPJ quando este foi inaugurado, em 1978. Ou houve apenas um erro material no momento da elaboração da decisão. A partir da análise do processo, não é possível ter certeza.

De 1987 até 1993, o processo de J.M.S. ficou totalmente parado, e apenas em 1996 foi feito um novo exame, que mais uma vez entendeu pela permanência de sua periculosidade. No ano de 2000, um novo exame trazia o seguinte:

Paciente se apresentou [...] trajando uniforme do hospital, cabelos penteados, asseio corpora satisfatório, sempre cuidou a contento de sua higiene pessoal, tem muito medo de envelhecer, a ponto de após esses vinte e dois anos de internamento, ainda insistir em dizer a mesma idade quando aqui chegou, não querendo que o tempo

passa para não ficar velha.

Calma no momento, possui comportamento imprevisível, se tornando agressiva inesperadamente, quando em seus delírios acha que alguém quer matá-la. [...] Passa a maior parte do tempo apresentando quadro psicótico agudo, e em alguns períodos apresenta melhora parcial do quadro, com sintomas psicóticos residuais. Apresenta alterações de percepção, ouve vozes dizendo que querem lhe matar, acha que uma outra paciente vizinha de quarto está lhe envelhecendo [...]. Apresenta alucinações auditivas e visuais; há dias em que informa não ter dormido à noite, por ver em sua cama muitas cobras querendo lhe picar; apresenta também alucinações táteis e cenestésicas, delírio de fundo persecutório e de referência. [...]

No exame realizado em 2000, também consta a informação de que a paciente havia sido submetida a eletrochoque. Essa prática desumana, que viola os direitos fundamentais, foi banida pela Reforma Psiquiátrica.

Desde que aqui chegou, já tentamos vários esquemas terapêuticos, todos sem muito sucesso. A fase em que passou com remissão total dos sintomas, foi há mais ou menos 18/20 anos, quando lhe aplicávamos cerletti (eletrochoque) e depois que fomos impedidos de tal procedimento, seu quadro psicótico agudizou, e até hoje permanece delirante.

Foi relatada, ainda, uma situação muito comum quando se diz respeito às pessoas submetidas à medida de segurança no Brasil: a perda dos laços sócio-familiares. Eis o trecho do exame:

Algumas vezes lamenta sua situação, reclama da sorte, e diz ter perdido as esperanças de ir embora. Quase que diariamente pede que a levemos para sua casa. Não recebe visita da família há muitos anos, e percebemos que isso a deixa triste e angustiada.

Essa situação foi exposta mais uma vez no laudo realizado em 2004:

Por várias vezes fala em seus familiares, dizendo querer vê-los, e nos pedindo para levá-la até eles. Há muitos anos não a visitam e/ou mandam notícia alguma. Foi “esquecida” por eles há mais de dez anos. É notável que a mesma não apresenta condições de convívio familiar no momento, devido sua agressividade patológica e seu transtorno mental, mas sempre questionamos e solicitamos a presença de familiares em visitas regulares, ou mesmo dentro da possibilidade financeira de cada um, e tentamos fazer com que os laços familiares sejam mantidos, ajudando assim na melhora de seu quadro mental, e sobretudo para manter nela a esperança de que um dia possa voltar à família, e ser aceita. (não conseguimos localizar seus familiares).

Em 2004, o exame de verificação de cessação de periculosidade concluiu o seguinte:

Paciente portadora de PSICOSE ESQUIZOFRÊNICA PARANOIDE (CID 10 F20.0).

Continua em alguns momentos com conduta inadequada e imprevisível, devido aos acessos delirantes que apresenta, e que a tornam periculosa.

Não apresenta condições de voltar ao convívio familiar e social, no entanto seria de extrema importância para a melhora de seu comportamento, que sua família fosse localizada através da justiça, e que viessem visitá-la.

No entanto, não há no processo nenhuma informação sobre as medidas que foram adotadas para localizar os familiares de J.M.S., nem tampouco se eles foram encontrados.

Consta no processo um pedido da advogada do CPJ requerendo a desinternação da

paciente, pois foi excedido o prazo delimitado pelo juiz para a realização do novo exame de verificação de cessação de periculosidade. O pedido é datado de 20 de fevereiro de 2006 e dá conta de que o exame deveria ter sido feito em 09 de novembro de 2005.

Depois disso, houve um verdadeiro vácuo no processo, o qual ficou parado e não houve a apreciação do aludido pedido. O novo exame foi realizado no ano de 2009. Nesse laudo, consta a informação de que o histórico de vida da pericianda mostrava que o injusto penal praticado tinha sido o de lesão corporal, e não de tentativa de homicídio.

No referido laudo, é possível perceber que a paciente, após tantos anos no CPJ, já havia perdido a própria identidade:

Pericianda informa se chamar Rosineide da Silva e ter vinte e cinco anos, a auxiliar de enfermagem Zenilda esclarece que ela já mudou de nome várias vezes e há dois meses se denominou Rosineide.

Responde que aqui é hospital e que não sabe quem é sua família, pede pra ir para casa e em seguida diz “não quero ir mais pra casa”, “não sei não porque tou aqui...”, a quase todas as perguntas diz “não sei”, relata com dificuldade, porque não possui quase dentes que “gosto de brinco e tirei o meu e dei pra Paula”. Grita ao ouvir o relato da auxiliar de enfermagem sobre ter subtraído pedaço de espelho da sala de enfermagem, “não fui... foi a Nena... é coisa do demônio, o satanás...”, levanta-se e sai e é reconduzida para sua cadeira pela auxiliar.

Auxiliar Neves informa que há seis anos “ela é organizada, mas tem dificuldade pra dormir mesmo com todos esses remédios, de vez em quando ela chora como criança e fica muito triste”.

O exame chega então à seguinte conclusão:

Discurso lacônico, desorientada autopsíquica, espacialmente e temporalmente, memória anterógrada e de fixação prejudicada, dispersa, afeto raso, julgamento inadequado, delirante, fica indiferente e apresenta atos impulsivos com agressividade dirigida. [...]

Não participa das atividades laborativas da instituição, não apresenta condições de se gerir, necessita de cuidados de terceiros e necessita de tratamento hospitalar contínuo.

É interessante atentar para o fato de que nesse exame não houve qualquer menção ao termo periculosidade. Além disso, a conclusão não dizia respeito ao cometimento de crimes, nem a um potencial risco ou perigo. Pelo contrário, o laudo apenas mostrou que se tratava de uma pessoa com doença mental que necessitava de acompanhamento e de tratamento. O próprio promotor de justiça se manifestou pedindo que a psiquiatra esclarecesse se a “paciente apresenta algum grau de periculosidade, caso seja deferida a sua desinternação e o consequente retorno ao convívio social”.

Em 2010, o defensor público requereu a extinção da medida de segurança da paciente, com base no entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que o instituto tem como limite de duração a pena máxima em abstrato. Conforme já esclarecido na seção anterior, esse entendimento deu origem à Súmula nº 527.

Na petição, o defensor público destacou que a paciente havia praticado o tipo penal de homicídio na sua forma tentada e, por ter sido considerada inimputável, foi-lhe imposta medida de segurança, estando internada desde 1976. Ele defendeu que embora a medida de segurança não seja uma pena propriamente dita, não podem ser aplicadas para todo o sempre, sob pena de afronta à proibição constitucional de penas de caráter perpétuo, devendo se limitar ao máximo da pena em abstrato referente ao tipo penal cometido.

O juiz deixou para apreciar o pedido da defensoria depois que a perita apresentasse seus esclarecimentos sobre o exame anterior. Apenas cerca de um ano depois foi elaborado um novo laudo a fim de prestar os esclarecimentos sobre o laudo de 2010, desta vez por outro psiquiatra. Ele chegou à seguinte conclusão:

Apesar de vir, ao longo dos anos, submetendo-se a tratamento especializado, persistem os distúrbios sensoperceptivos; delírio estruturado de conteúdo persecutório; auto-referência. Atos impulsivos, imprevisíveis, com liberações agressivas hetero-dirigidas. Sem referência familiar. Não reúne condições de retorno ao convívio sócio-familiar. Recomendamos a continuidade do tratamento a nível de internamento hospitalar.

O promotor concordou com a conclusão do exame que apontou a permanência da periculosidade, o que foi seguido pelo juiz, que mais uma vez prorrogou a medida de segurança da paciente.

No ano de 2013, mais uma vez a Defensoria Pública requereu a extinção da medida de segurança de J.M.S., tendo em vista que sua internação já ultrapassava os trinta e sete anos. Dessa vez, utilizou como fundamentação a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, que limita a duração das medidas de segurança a trinta anos, fazendo uma interpretação analógica com a pena propriamente dita. Dessa vez, o promotor de justiça concordou com o pedido feito pelo defensor público.

Em 27 de novembro de 2013, o juiz da vara de execuções penais extinguiu a medida de segurança da paciente, que havia se iniciado em 09 de fevereiro de 1976. Assim, foi expedido mandado de desinternação. Por constar no processo a informação de que não se tinha mais contato com a família da paciente, o magistrado determinou que fossem tomadas providências no sentido de que o setor de assistência social do CPJ viabilizasse junto aos hospitais psiquiátricos do estado a internação imediata de J.M.S.

O gerente do núcleo de serviços penais do CPJ informou ao juiz que não foi possível dar cumprimento à desinternação da paciente, tendo em vista que nenhum hospital psiquiátrico, lar ou abrigo, num total de dez estabelecimentos pesquisados, dispuseram-se a receber a paciente. A exceção foi encontrada em um abrigo, juntamente com uma nova problemática: a aceitação de J.M.S. foi condicionada a um “período de adaptação” de três

meses e, caso não se adaptasse, deveria ser mandada de volta imediatamente ao CPJ.

As assistentes sociais do CPJ elaboraram um relatório social da paciente no ano de 2014 com o seguinte teor:

A paciente chegou neste hospital em 1978 e não tem nenhum vínculo familiar, a mesma não reúne condições satisfatórias de um diálogo preciso para tentar obter informações sobre seus familiares, com isso as poucas informações obtidas estão contidas no processo da paciente e nos laudos realizados em meados dos anos 80. Houve várias tentativas de localização de seus familiares, mas não obtivemos êxito. Desde a chegada da carta de desinternação, o Serviço Social tenta localizar um hospital psiquiátrico/abrigo/asilo para a paciente, mas devido a sua idade (55 anos), não receber aposentadoria e ter problemas mentais não está sendo aceita por essas instituições. [...]

Ao longo do processo, há uma contradição quanto ao ano de nascimento de J.M.S., pois nesse relatório social há a informação de que ela teria nascido em 1958, enquanto em outros documentos há referência ao ano de 1953. Mas, mesmo com essa inconsistência de informações, uma coisa é certa para essa pesquisadora e para qualquer outra pessoa que a visse: a senhora J.M.S. de forma alguma aparentava ter cinquenta e poucos anos. Parecia ser muito mais velha, certamente em função dos longos anos que perdeu dentro do CPJ, sendo submetida a toda espécie de “tratamento”, inclusive ao uso de eletrochoque e de fortes medicamentos.

Posteriormente, foram realizadas diligências junto às Secretarias Estadual e Municipal de Assistência Social para que indicassem uma instituição devidamente cadastrada para receber a paciente, pois a sua permanência no CPJ estava eivada de ilegalidade. A Secretaria de Assistência Social informou que não fazia parte de suas atribuições proceder a essa indicação, informando que a requisição deveria ser encaminhada à Secretaria de Saúde.

Em 2015, a Secretaria de Saúde do Estado esclareceu que qualquer CAPS do Estado de Alagoas está apto a receber a paciente, bem como o Hospital Portugal Ramalho, que atende a esse tipo específico de demanda, ou seja, assistência a pessoas com doença mental.

Mais de dois anos se passaram desde a sentença que extinguiu a medida de segurança e ordenou a desinternação da paciente sem que houvesse o seu cumprimento. O juiz então determinou a sua internação no Hospital Portugal Ramalho. No dia 11 de maio de 2015, J.M.S. saiu do CPJ para o referido hospital.

Em agosto de 2015, o gerente geral do Hospital Portugal Ramalho informou que J.M.S. recebeu alta médica melhorada e que a equipe que cuida da paciente relatou que os familiares da paciente demonstraram interesse em recebê-la, inclusive um irmão expressou sua vontade em acolhê-la. Ao final, explicou que

[...] é necessária a autorização deste juízo para liberá-la, evitando que a paciente fique internada desnecessariamente, o que certamente trará prejuízos para a mesma e

para o ente estatal, tendo em vista ocupar leito que poderá ser disponibilizado para outro que esteja necessitando de cuidados médicos, além de voltar ao convívio de seus familiares.

Na alta justificada da paciente é relatado apenas o seguinte:

Psicótica crônica (F20.9), tem histórico de sentença que cumpriu por mais de três décadas no Manicômio Judiciário, quando foi encaminhada para este Hospital. Agora revelou-se a existência de um irmão e outro familiar, que garantem que vão cuidar da mesma em sua comunidade. A paciente denota possível condição para a nova ressocialização.

A paciente foi então liberada, após quase quatro décadas de internação. Quase quatro décadas de sua vida foram perdidas dentro de uma instituição total. Submetida a toda espécie de “tratamento”, J.M.S. ingressou no Centro Psiquiátrico Judiciário no ano de sua inauguração, o qual foi criado na contramão dos estudos psiquiátricos, que, à época, já pregavam a desinstitucionalização. Um verdadeiro paradoxo. Mas J.M.S. foi completamente institucionalizada.

O caso de J.M.S. retrata o que Mattos²⁶⁷ chama de “grande internação”.

A “grande internação” do presente pode ser observada não na neutralização do “vagabundo”, do “indesejável”, mas do diferente. Sem apoio familiar, institucionalizado, o portador de sofrimento mental infrator com possibilidade de saída do sistema manicomial/prisional é remanejado para outra instituição total, fechada, onde aguarda o cronificado passar lento do tempo.

A longa internação, diferentemente do grande encarceramento, não significa apenas o crescimento dos internos nos CPJs, mas se configura como uma situação ainda mais complexa. A grande internação representa a institucionalização dos pacientes submetidos às medidas de segurança, que permanecem por longos períodos nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos. E quando saem, cronificados, são normalmente enviados a outra instituição total, representada por outro hospital psiquiátrico. Assim, a grande internação diz respeito à institucionalização, que se prolonga no tempo, indefinidamente.

Após perder a maior parte de sua vida no Centro Psiquiátrico Judiciário, J.M.S. foi enviada para o Hospital Portugal Ramalho, para mais uma internação. Sua história merecia ser contada, pois é um retrato da situação que muitas pessoas vivenciaram no Brasil. Você pode até dizer que, no entanto, foi um número relativamente pequeno se comparado ao número de pessoas que tiveram seus direitos violados dentro das penitenciárias comuns, mas então caberia uma outra pergunta: na cultura dos direitos humanos, uma violação que acomete um número menor de pessoas deixa de ser uma violação que merece ser combatida?

²⁶⁷ MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria**: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 17-18.

5.3.2 A.D.S. E O CENTRO PSIQUIÁTRICO JUDICIÁRIO: A NOVA “NAU DOS LOUCOS”

O caso que a partir de agora será contado diz respeito a A.D.S., o qual foi sentenciado em 2002 por tentativa de homicídio, que ocorreu em 2000, ano em que ingressou no CPJ. Assim, foi submetido à medida de segurança de internação no Centro Psiquiátrico Judiciário. Quando chegou no CPJ, tinha 30 anos de idade. Era casado, exercia a profissão de motorista. Quanto ao seu grau de instrução, consta no processo que sabia “ler e escrever”.

Na denúncia do Ministério Público, é relatado que A.D.S. “tentou atingir sua genitora com um garfo [...], tendo esta se defendido, e aquele, não satisfeito, investiu contra a vítima com uma foice”. Narra-se que sua filha conseguiu acionar a polícia e ele terminou sendo preso em flagrante. Na delegacia, sua irmã informou que ele era viciado em bebidas alcoólicas e maconha, que ficava agressivo quando as consumia e que já havia sido preso outras vezes por lesão corporal.

Quando foi interrogado pelo delegado, A.D.S. relatou que

[...] nenhum arranhão provocou em sua genitora; que quando pode utiliza sim substância entorpecente, *canabis sativa* e embora ingira bebidas alcoólicas ultimamente não tem usado; que não é verdadeira a afirmação de que quando está sob efeito tóxico fica agressivo e violento; que na verdade não chegou a discutir verbalmente com sua mãe; que sua família atravessa problemas financeiros; o acusado também tem problemas financeiros, estando desempregado no momento; que foi casado, tendo três filhos menores e reside atualmente com a sua mãe; [...] que já foi preso várias vezes em face de denúncias de agressões a seus familiares sem que nunca houvesse tais agressões; que nunca foi processado; que não tem advogado; que já foi paciente de um médico psiquiatra e já foi internado na casa de repouso Ulisses Pernambuco e Portugal Ramalho.

No exame pericial médico-psiquiátrico realizado no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy para avaliar a sanidade mental de A.D.S., a fim de solucionar o incidente de insanidade mental, consta seus antecedentes pessoais:

Primeiro filho de uma prole de quatro. Dois vivos e dois faleceram. Sic: “de desintéria.” Filho de pais legalmente casados. Pai: era motorista de ônibus e a mãe trabalha de merendeira. Quando o periciado contava com 10 anos de idade, os pais se separaram. S.i. da mãe: “o pai dele era agressivo. Bebia muito e constantemente batia em mim por ciúmes. Era irresponsável. Recebia o dinheiro da empresa e gastava tudo com bebidas, mulheres e não ajudava em casa.” [...] S.i. da mãe: “no começo era uma criança doente. Teve problemas de disintéria.” [...] Tabagista desde os 19 anos de idade. Sic: “Foi no exército que comecei a fumar cigarro e maconha. Também lá comecei a beber. Ultimamente eu misturava tudo. [...] Em 93 cheguei a usar cocaína, mas não me dei. [...] S.i. da genitora: “[...] já com uns 20 e poucos anos continuou a beber todos os dias e a fumar maconha. Começou a não dormir. Via coisas. Dizia que tinha um espírito. Cavava no quintal dizendo que tinha uma botija. Uma vez ele se agitou e quebrou tudo dentro de casa. Eu chamei a polícia e levei pro Hospital Portugal Ramalho. Após um mês recebeu alta. Uns dois meses depois teve que ser internado. Agressivo. Quebrava as coisas dentro de casa. Foi levado para Clínica Ulysses Pernambucano. Depois foi internado umas quinze vezes

pelos mesmos motivos.” S.i.c.: “Em 93, depois que eu usei cocaína, fiquei descontrolado. Minha mulher me abandonou e levou meus filhos. De repente, eu fiquei uma pessoa diferente. Via vultos; ouvia vozes que me mandavam andar. Desde pequeno eu era uma pessoa nervosa.” [...] S.i. da genitora: “[...] o pai conseguiu pra ele um emprego de cobrador, na empresa de ônibus São Francisco. Não passou um mês, abandonou o trabalho. Ele disse que tinha uma pessoa perseguindo ele com uma faca. Depois, foi trabalhar num prédio. Passou pouco tempo. [...] Continuou bebendo e fumando maconha.” Sic: “Desde os 12 anos que trabalho. Ia pra roça com meu avô. Vendia cachaça nas grotas. Dirigia o caminhão da fazenda.” [...] Pai falecido. Segundo informações da esposa: “Ele bebia muito e era agressivo. Morreu de cirrose hepática.” [...] S.i. da mãe: “Na minha família tem uns dez com problemas mentais: tias, avós, irmãs. Sempre se internam em Hospitais Psiquiátricos”.

O laudo concluiu que o acusado, ao tempo da ação, por motivo de perturbação da saúde mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, estava privado da plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de se determinar de acordo com esse entendimento.

EXAME MENTAL: O periciado deu entrada nesta instituição oriunda da 3ª DPC, conduzido por policiais. Vestes sujas, em péssimas condições de higiene. Há informações (policiais) de que vinha manipulando fezes na cela. Delirante. Desconexo. Pensamento confuso. Alucinações auditivas e visuais. Desorientado globalmente. Após prolongada terapêutica e sob contenção medicamentosa, atualmente apresenta-se calmo, lúcido. Orientado auto, alo e cronopsiquicamente. Pensamento sem alterações do curso ou conteúdo. Nega e não evidencia distúrbios sensoperceptivos ou concepções delirantes. Sem sintomas produtivos.

CONCLUSÃO: O periciado tem apresentado transtornos mentais e de comportamento, decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas, formalizando um quadro esquizofreniforme. CID. 10 F 19. 50. Atualmente abstinentes, porém em ambiente protegido CID. 10 F 19.21.

Em junho de 2002, foi proferida a sentença que concluiu pela absolvição imprópria de A.D.S., fixando medida de segurança de internamento. Em 2003, foi realizado o seu primeiro exame de verificação de cessação de periculosidade.

Relata o periciado que responde por crime de tentativa de homicídio, contra sua mãe, porém afirma que tem consciência de tudo, porque como era pedreiro nas horas vagas, possuía ferramentas como foice, talhadeira e etc., e ela achou que o mesmo tinha intenção de matá-la, porque era usuário de Cannabis sativa. [...]

Relata que seu primeiro internamento foi no Hospital Escola Dr. Portugal Ramalho, contava nessa época, mais ou menos de 22 a 24 anos, pois começou a fazer uso de Cannabis sativa aos 18 anos quando serviu ao Exército. Apresentava mudança de comportamento quando fazia uso de maconha e ficava cantando e só queria está perambulando [...], e com o passar dos anos não conseguia controlar a situação, ficava delirante e começou a sentir repúdio por sua esposa, causando transtorno dentro de casa, pois sua mãe ficava sempre a favor de sua esposa. Internou-se várias vezes nos Hospital Escola Portugal Ramalho e fugia sempre porque lá era medicado com Haldol 5mg e ficava sentindo-se mal com a impregnação e daí terminou internando-se aqui, por medida de segurança, tendo 3 anos incompletos de internamento, nesta casa, vem em tratamento a base de neurolépticos (Haldol 5mg, Prometazina 25mg e Amplictil 100mg v.o. fazia uso de cocaína e fumava.

[...] **EXAME PERICIAL:** Compareceu ao nosso consultório devido ao nosso convite, traja vestes limpas e adequadas, unhas cortadas, com boa aparência pessoal, estabelece bom diálogo, está cooperativo, nega alterações de senso-perceptividade, tem senso do pensamento lógico. Está sob controle medicamentoso.

[...] **CONCLUSÃO:** Após realização de exame médico pericial constatamos que o

periciado é portador de transtornos Mentais e de comportamento, devido ao uso de múltiplas drogas com concomitância de um quadro Esquizofreniaforme, atualmente abstinente e sob controle medicamentoso, podendo continuar seu tratamento em Hospital-dia, sob regime de semi-internamento, o indicado é o (CEAAD) CENTRO DE ATENÇÃO AO ALCOOLISMO E DROGADO, do Hospital Escola Dr. Portugal Ramalho e ser reavaliado após seis meses do tratamento.

O paciente foi desinternado em 2004, oportunidade em que foi estabelecido o período de prova de um ano, mediante o cumprimento das seguintes condições: comparecer, trimestralmente, ao Juízo da Execução para informar e justificar suas atividades; proibição de mudar de residência sem prévia comunicação ao Juízo; sujeição a tratamento, a nível ambulatorial, no CEAAD – Centro de Estudos e Atenção ao Alcoolismo e outras Dependências (hospital-dia), Hospital Escola Dr. Portugal Ramalho.

De acordo com informações dadas pela diretora geral do Hospital Portugal Ramalho, que se encontram no processo, o hospital-dia possui as seguintes características: o tratamento precisa ser espontâneo, tem duração de 35 a 45 dias e acontece das segundas às sextas-feiras, com entrada às 07:30 e saída às 17:00 horas, quando o paciente retorna ao convívio familiar para pernoite. Por ser um tratamento de natureza espontânea e por ser um serviço aberto, não é permitido que pacientes compareçam acompanhados de policiais, armados ou desarmados, a fim de evitar o constrangimento dos demais.

Em outubro de 2004, o promotor de justiça requereu a “busca e apreensão” do paciente, no sentido de que fossem tomadas providências quanto à sua custódia. O pedido se baseava nas informações trazidas pela irmã, dando conta de que ele estava consumindo bebidas alcoólicas e provavelmente maconha, o que o deixava violento, tendo agredido a própria filha, motivo pelo qual estaria pondo em risco a família, que declara não ter condições de contê-lo. A irmã relatou que ele estava comparecendo ao hospital-dia semana sim e semana não, e que não estava fazendo uso dos medicamentos.

Assim, foi expedido mandado de prisão contra A.D.S., para que ele fosse trazido de volta para o Centro Psiquiátrico Judiciário. Já no CPJ, ele fez um pedido por meio da advogada da instituição, requerendo que fosse mantida a sua liberdade, relatando que

o requerente [...] compareceu ao CEAAD - Centro de Estudos e Atenção ao Alcoolismo e outras Dependências no Hospital Escola Dr. Portugal Ramalho para submeter-se ao tratamento designado pelos Médicos do CPJ/PMS, tudo em conformidade com a r. Sentença.

Em 19 de outubro de 2004, fora surpreendido por policiais, com Mandado de Prisão, sem ao menos saber qual o motivo de sua nova prisão, já que o peticionário encontrava-se integrando-se à sociedade, trabalhando com seu tio de nome Claudio, o qual poderá confirmar a este r. Juízo. Enfim, vivendo como qualquer cidadão de bem.

O requerente fora supostamente condenado por crime ainda não conhecido por ele próprio. [...]

Finalmente, este patrono, observando o sofrimento do requerente e percebendo que

sua recuperação para a vida em sociedade é plena, pleiteia mais uma vez seja mantido o livramento condicional em foco. [...]

Consta no processo uma declaração prestada pela psiquiatra do CPJ no sentido de que o paciente possui bom comportamento no âmbito da instituição hospitalar psiquiátrica judiciária.

A.D.S. foi levado para uma audiência de advertência. Na ocasião, disse que não eram verdadeiras as acusações feitas por sua irmã e que não bateu em sua filha. Afirmou que estava cumprindo as condições do tratamento ambulatorial no hospital-dia. O juiz então determinou que fosse realizada uma nova avaliação médico-psiquiátrica no paciente, inclusive sobre a questão do uso de bebida alcoólica enquanto perdurar o tratamento a que está sujeito.

O novo exame pericial concluiu que a doença do paciente estava sob controle medicamentoso à base de antipsicótico e estabilizador de humor, sem queixas psiquiátricas. Assim, os médicos sugeriram que continuasse seu tratamento em regime de semi-internato, no hospital-dia do Hospital Portugal Ramalho.

Mais uma vez o paciente saiu do CPJ, devendo permanecer no hospital-dia até o encerramento do período de prova. No entanto, sua mãe informou à Defensoria Pública que ele não estava fazendo o tratamento necessário e, acometido por crises frequentes de esquizofrenia, vinha causado muitos problemas à sua mãe e à família, pois vivia fazendo ameaças. Em maio de 2007, o defensor fez o pedido de reinternação. E mais uma vez A.D.S. retornou ao CPJ, apesar de outra vez o psiquiatra ter indicado, em seu laudo, o tratamento ambulatorial para o paciente.

Em 2009, a advogada do CPJ fez um documento prestando esclarecimentos sobre a situação de A.D.S., afirmando que sua genitora entendeu que seu filho teria direito a benefício previdenciário e, fazendo uso do laudo médico psiquiátrico do CPJ que concluiu que ele possuía transtorno decorrente do uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas, ingressou com uma ação de interdição em uma das varas da família, obtendo êxito em seu intento. Relatou ainda que sua genitora, aproveitando-se da mudança do juiz da 16ª Vara Criminal da Capital, procurou-o e mais uma vez conseguiu internar o filho, alegando os mesmos fatos, porém sem apresentar qualquer prova. Concluiu que aquele não era o local adequado para o tratamento do paciente, pedindo a sua desinternação e afirmando que o caso dele é de tratamento especializado para drogaditos.

Após a realização de audiência com a presença de A.D.S. e de sua mãe, mais uma vez foi determinada a sua desinternação, em 2009. Foi decidido que a genitora deveria devolver o cartão do benefício previdenciário, porém ela não o fez. Por esse motivo, foi designada uma

nova audiência, a qual terminou não ocorrendo. Não se tem mais notícias no processo sobre o benefício previdenciário de A.D.S.

No final do ano de 2010, outra vez a mãe requereu a reinternação do paciente no CPJ, informando que ele estava muito agressivo e pedindo a designação de outra audiência para a prestação de esclarecimentos. Poucos meses depois, o defensor público juntou ao processo um requerimento informando que a genitora de A.D.S. havia comparecido à Defensoria para relatar que ele teve uma crise e ameaçou matar todos os familiares e tocar fogo na casa, ocasião em que foi preso e conduzido para uma prisão comum. Ao final, o defensor pediu sua transferência para o CPJ.

De acordo com documentação contida no processo, A.D.S. foi acusado pelo crime de ameaça previsto na Lei Maria da Penha e se encontrava preso. Em 2011, o defensor fez outro pedido, baseando-se nas informações trazidas pela mãe do paciente.

No processo que tramitava no Juizado de Violência Domiciliar e Familiar contra a Mulher, houve mais um incidente de insanidade mental para avaliar a capacidade de A.D.S. A representação criminal feita contra ele foi elaborada por sua mãe e sua filha. O incidente concluiu que ele precisava de tratamento psiquiátrico e não poderia ser responsabilizado por seus atos. E, assim, mais uma vez o paciente retornou ao CPJ e outra vez o exame psiquiátrico entendeu pela possibilidade de sua desinternação. O juiz acompanhou o entendimento do perito e determinou a desinternação de A.D.S., dessa vez em 2013.

No ano de 2014, ele foi novamente preso pela denúncia de crime de ameaça, combinado com a previsão da Lei Maria da Penha. O boletim de ocorrência trazia o seguinte:

A noticiante compareceu nesta central de polícia para informar que está sendo ameaçada de morte pelo seu genitor [...], que o autor assim procede pelo fato da mãe do autor como também a noticiante se recusarem dar dinheiro ao mesmo para este adquirir drogas de que é usuário. Destaca que o autor estar constantemente perturbando as vítimas, inclusive, tenta pegar eletrodoméstico e outros para vender e adquirir. Que o autor encontra-se em regime semi-aberto. Não informou o motivo. Nada mais.

Novamente A.D.S. retornou ao CPJ. O exame de verificação de cessação de periculosidade realizado no ano de 2015 concluiu que ele poderia ser tratado de sua enfermidade psíquica em Centro de Assistência Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSAD).

Houve mais uma sentença determinando a desinternação. A decisão iniciou com uma síntese das idas e vindas do paciente ao CPJ:

O paciente foi internado inicialmente em 03/06/2002, sendo desinternado em 31/05/2004. Voltou a ser internado em 13/11/2004, vindo a ser novamente desinternado em 18/05/2009, foi preso em 04/03/2011, sendo novamente realizada sua internação. Foi novamente desinternado em 15/05/2013, sendo novamente

recolhido posteriormente em 14/08/2014, estando nessas condições até a presente data.

A referida sentença foi proferida em 15 de setembro de 2015. No entanto, em 2016, foi feita uma nova denúncia de ameaça, e A.D.S. retornou ao sistema penitenciário, sendo novamente enviado ao Centro Psiquiátrico Judiciário. No mesmo ano, outro exame de verificação de cessação de periculosidade concluiu que ele reunia condições para retornar ao convívio sócio-familiar, porém necessitava dar continuidade ao tratamento em nível ambulatorial.

Em 13 de dezembro de 2016, foi mais uma vez concedida a desinternação a A.D.S. A sentença trouxe as mesmas condições das anteriores, sendo uma delas o comparecimento em juízo a cada três meses. De acordo com informações contidas no processo, ele estava cumprindo tal imposição.

Entretanto, em agosto de 2017, o juízo da vara de execuções penais foi mais uma vez informado sobre a prisão de A.D.S., novamente pelo crime de ameaça no âmbito doméstico. Até o momento da finalização dessa pesquisa, essa foi a última informação da história de A.D.S.

O caso desse paciente representa uma reformulação da “nau dos loucos”, explicada por Foucault. Tal expressão teve origem na literatura europeia do século XV. No entanto, de acordo com o autor, as naus dos loucos tiveram existência real. Tratava-se de barcos que tinham como finalidade transportar os insanos em uma viagem pelos mares, levando-os para longe das cidades²⁶⁸. Foucault esclarece que

esses barcos [...] levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros [...]. Compreende-se melhor agora a curiosa sobrecarga que afeta a navegação dos loucos e que lhe dá sem dúvida seu prestígio. Por um lado, não se deve reduzir a parte de uma eficácia prática incontestável: confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que eles ficassem vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. [...] Além do mais, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último. [...] Num certo sentido, ela não faz mais que desenvolver [...] a situação *liminar* do louco no horizonte das preocupações do homem medieval – situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser *fechado às portas* da cidade: sua exclusão deve encerrá-lo; se ele não pode e não deve ter outra *prisão* que o próprio *limiar*, seguram-no no lugar de passagem. Ele é colocado no interior do exterior, e inversamente. Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida a sua até nossos dias, se admitirmos que aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência.²⁶⁹

A nau dos loucos representa a exclusão mais extrema do louco. A sociedade coloca à

²⁶⁸ FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2012, p. 09.

²⁶⁹ FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2012, p. 09-12.

sua margem aqueles que não consegue entender e aqueles que são diferentes. A família do paciente A.D.S. o levou a uma nova forma de nau dos loucos, que é o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Por não saber como lidar com seu transtorno mental, a família preferiu mantê-lo longe, fazendo uso de mecanismos injustos.

A.D.S. necessitava de tratamento adequado e contínuo. O CPJ funciona principalmente como forma de segregação e punição, por fazer parte do sistema penitenciário. Seu lugar não era mais lá. Mas as condições financeiras de sua família e a falta de conhecimento sobre como lidar com a doença fizeram com que buscassem tão somente a sua exclusão, a todo custo.

Sabe-se que a questão dos viciados em entorpecentes e álcool é extremamente complexa, razão pela qual não há espaço para aprofundá-la neste trabalho. Também não se pode perder de vista que as dificuldades enfrentadas pelos parentes dessas pessoas são muito grandes. Mas uma coisa é certa: o CPJ não é lugar destinado ao tratamento do vício em drogas.

A questão é muito complexa e envolve, inclusive, a incapacidade – ou falta de vontade – do Estado em oferecer um serviço de assistência à saúde mental de qualidade para a população de baixa renda.

5.3.3 F.L.S., O PROCESSO DE DESSOCIALIZAÇÃO E A VIOLAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Passa-se, agora, a tratar do último caso selecionado. Será empreendida uma análise mais sucinta, a fim de não prolongar o trabalho mais do que o necessário, bem como para evitar a repetição, tendo em vista que sua história possui pontos em comum com as outras duas. Saliente-se, no entanto, que de forma alguma consideramos a história do paciente F.L.S. menos importante do que as demais.

F.L.S. vivia em um município do interior de Alagoas e tinha, à época, 35 anos de idade. Não sabia ler nem escrever e era trabalhador rural. O primeiro documento que consta em seu processo é a denúncia feita pelo promotor de justiça, datada de outubro de 1982, narrando o seguinte:

Notícia o Inquérito Policial que [...] o denunciado aplicou golpes de enxada na vítima M.L.S., sua companheira, vindo a mesma a falecer em consequência dos golpes recebidos. A menor de 05 meses de idade L.S., filha do casal, que se encontrava nos braços da mãe, a vítima, quando a mesma foi atacada, caiu ao solo, fraturou o crânio e também faleceu, conforme Autos de Exames Cadavéricos anexos aos Autos;

O denunciado, segundo testemunhas ouvidas no Inquérito Policial, dava-se bem com sua companheira, entretanto, é um elemento retardado que já esteve internado durante alguns meses no Hospital “Portugal Ramalho”, recebendo tratamento psiquiátrico, conforme declaração anexa [...].

Durante a audiência, F.L.S. foi interrogado pelo juiz e respondeu que

é verdadeira a imputação que lhe é feita; [...] disse que trabalhava na fazenda Grutão e dias antes do fato vivia sempre apertado da cabeça e naquele dia foi ao trabalho sem tomar café, pois sua mulher não fazia refeições por regularidade e a mulher dele interrogado também trabalhava no campo; que o patrão dele interrogado queria matar ele, próprio interrogado e ele esquentou a cabeça e matou a mulher, com a qual vivia [...]. Em seguida o Juiz deixou de formular outras perguntas por reconhecer no interrogado incapacidade de discernimento, já que mistura um assunto com o outro, demonstrando falta de equilíbrio mental [...].

Foi então aberto o incidente de insanidade mental e os peritos do Centro Psiquiátrico Judiciário elaboraram o laudo com a seguinte conclusão: “periciado apresenta-se, no momento, assintomático, devido ao uso de psicotrópicos. É, porém, portador de um quadro esquizofrênico não podendo, perante a lei, ser responsável por seus atos e omissões”. Assim, F.L.S. foi sentenciado em 1983 e a ele foi aplicada medida de segurança de internação.

O primeiro exame de verificação de cessação de periculosidade do paciente, que foi realizado no ano de 1986, concluiu o seguinte:

Exame mental: Convidado a comparecer no consultório, periciado se apresenta amigavelmente, com regular asseio corporal. Estabeleceu regular rapport. Nega e não apresenta durante a entrevista alterações senso-perceptivas. Controlado medicamentosamente. Calmo, lúcido, coerente, desorientado no tempo e no espaço. Juízo e raciocínio - comprometidos. Memória – alterada.

Em 1989, o novo laudo constatou:

Exame mental: periciando adentrou ao consultório acompanhado pela enfermagem. Apresentou-se com deficiente asseio corporal. Vestes sujas. Atitude de isolamento. Desorientado auto, alo e cronopsiquicamente. Humor e Psicomotricidade normais. Frequentemente apresenta ideias delirantes. Curso de pensamento lento. Linguagem sem comprometimento. Memória de evocação comprometida. Inteligência de acordo com seu nível sócio-econômico-cultural. Rapport prejudicado.
Conclusão: Periciando é portador de Psicose Esquizofrênica (CID: 295). No momento, não apresenta condições de retornar ao convívio social.

O exame de verificação de cessação de periculosidade realizado em 1991 trouxe exatamente a mesma conclusão do laudo anterior. Já o exame de 1998 acrescentou que “frequentemente vem apresentando comportamento agressivo e hostilidade com a enfermeira e outros pacientes. Desagregado. Pensamento confuso. Desconexo. ‘Doutora me dê alta pra eu ir pro grotão’ (sic). Memórias comprometidas.”

Já o exame realizado em 2001 conclui que o “periciado é portador de Doença Mental codificada no CID 10 F20. Doença de caráter crônica e permanente. Necessita dos cuidados de terceiros e do amparo da Lei. Contra-indicamos seu retorno ao convívio sócio-familiar”. Em 2003, a conclusão do laudo foi a mesma. No ano de 2007, o exame trouxe novas

informações:

Exame mental: Periciado adentra ao consultório conduzido pela enfermagem. Apresenta-se com vestes adequadas e em deficientes condições de higiene. Em excitação psicomotora. Desorientado. Desagregado. Delirante. Logorreico. Por vezes, risos imotivados à realidade ambiental. Pragmatismo útil abolido. Psicótico crônico.

Conclusão: Periciado é portador de patologia mental codificada no CID 10 F 20.0 (Esquizofrenia Paranoide). Psicótico crônico. Apesar de vir sendo mantido com antipsicóticos, com frequência, rejeita a medicação oral e tem apresentado episódios de agitação psicomotora com liberações agressivas auto e heterodirigidas. Comportamento incendiário.

Face ao acima exposto e a inexistência de condição social – encontra-se nesta Instituição desde 1982 não tendo recebido, neste período, nenhuma visita. No momento, não reúne condições de retorno ao convívio sócio-familiar.

No ano de 2009, a defensora pública, em meio a um mutirão denominado “projeto justiça célere e humanitária”, fez um pedido para que o paciente F.L.S. fosse desinternado e transferido para um hospital público de tratamento médico-psiquiátrico. O requerimento se fundamentou na previsão constitucional da proibição das penas de caráter perpétuo, que violavam direitos fundamentais.

A pedido do promotor de justiça, foi realizado um novo exame de verificação de cessação de periculosidade, ainda no ano de 2009.

Exame mental: Paciente apresenta-se para entrevista com vestes em desalinho e asseio corporal a desejar, na maioria das vezes com as mãos adentrando a cavidade bucal e em decorrência desse fato salivando por entre os dedos e tocando simultaneamente nos objetos ao seu redor.

O contato interpessoal é extremamente precário limitado a solilóquios mussitativos, risos aparentemente imotivados, atenção dispersiva no ambiente como se atendendo a conteúdos internos. Todo o seu psiquismo encontra-se bastante comprometido com desordens múltiplas do pensamento, embotamento afetivo e pragmatismo útil praticamente nulo.

A mímica é desordenada, o campo da consciência sem representatividade temporo-espacial.

Conclusão: Periciado é portador de patologia mental encontrado em CID10 como F20.0 em franca cronicidade em limites de demenciação. Convém observar que por vezes negligente/indiferentemente costuma atear fogo em seus e outros objetos pessoais.

Diante do exposto, somado a inexistência de condição social de retaguarda, não reúne condições de retorno ao convívio sócio familiar. O bom sendo gerencia o propósito de não poder falar-se em término de periculosidade, necessitando pois, de amparo da lei, da vigilância e cuidados permanentes de terceiros. O quadro clínico é irreversível e a atenção hospitalar indispensável.

Com base nesse último exame, o juiz negou o pedido de desinternação. No entanto, em 2010, foi feito um novo requerimento da Defensoria Pública, destacando que o paciente já se encontrava internado no CPJ há mais de 28 anos, enquanto a pena máxima prevista para o tipo penal praticado era de 20 anos. O pedido foi reiterado no ano de 2013, com fundamento no entendimento jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça.

Em 2013, o exame de verificação de cessação de periculosidade destacou que o

paciente se encontrava “em uso de altas doses de antipsicóticos” e concluiu que necessitava de “tratamento especializado regular podendo ser tratado no CAPS (Centro de atenção psicossocial) desde que de forma ininterrupta e sob cuidados de familiares ou responsáveis.” O psiquiatra finalizou afirmando que “o periciado evolui para forma residual da doença”.

O CID-10 define a esquizofrenia residual como:

estado crônico da evolução de uma doença esquizofrênica, com uma progressão nítida de um estado precoce para um estado tardio, o qual se caracteriza pela presença persistente de sintomas "negativos" embora não forçosamente irreversíveis, tais como lentidão psicomotora; hipoatividade; embotamento afetivo; passividade e falta de iniciativa; pobreza da quantidade e do conteúdo do discurso; pouca comunicação não-verbal (expressão facial, contato ocular, modulação da voz e gestos), falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre.

Esse estágio da doença é estado extremamente avançado da doença. Conforme mencionado na seção anterior, normalmente os psiquiatras entendem que o aparecimento dos sintomas residuais representa uma cessação da periculosidade, tendo em vista que o paciente fica menos imprevisível e mais apático. No entanto, em relação à saúde propriamente dita da pessoa, significa que ela está bastante prejudicada.

Acompanhando a conclusão exposta pelo psiquiatra, o juiz determinou a desinternação de F.L.S. em julho de 2014, após aproximadamente 32 anos de internação. Mais do que qualquer pessoa considerada imputável passaria em uma penitenciária comum.

No entanto, em 2016 o promotor público pediu a reinternação do paciente, tendo em vista que constavam informações de que ele não estava comparecendo em juízo, razão pela qual teria ocorrido o descumprimento das condições impostas na decisão que concedeu a desinternação. O juiz concordou com o promotor e determinou o retorno de F.L.S., entretanto não constam mais informações no processo esclarecendo se ele voltou ou não ao CPJ.

No caso de F.L.S., é possível identificar a ocorrência de dois graves fenômenos: a dessocialização e a violação do direito à saúde em sua perspectiva individual. Esses fenômenos se relacionam. Primeiramente, será explicado o que significa a dessocialização.

Rodrigues²⁷⁰ defende que o objetivo da prisão não é a ressocialização propriamente dita, mas sim a não dessocialização. Neste sentido, o Estado deve evitar a ocorrência desse fenômeno, além de promover a não dessocialização. Em termos simples, significa que o apenado não pode sair em uma situação pior do que a que entrou. De acordo com a autora, trata-se de retomar “o programa descrito pela doutrina através da fórmula *nihil nocere*:

²⁷⁰ RODRIGUES, Anabela Miranda. **Novo olhar sobre a questão penitenciária**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, p. 47-54.

combater as consequências nocivas da privação de liberdade”²⁷¹. Assim, o sistema penitenciário deve causar o mínimo possível de prejuízo. Algumas proposições iluminam o princípio do *nihil nocere*:

a configuração concretada da prisão não deve reforçar a carga de estigmatização social traduzida pelo julgamento e pela pena; as limitações de direitos não podem autorizar-se, a não ser na medida em que sejam impostas por razões de força maior, urgentes e em função do recluso (e não de necessidades de funcionamento do estabelecimento); as condições gerais de vida do recluso devem aproximar-se das que caracterizam a vida em liberdade; deve favorecer-se as relações do recluso com o mundo exterior.²⁷²

Significa que, no sistema penal como um todo, o Estado tem o dever de garantir que o indivíduo não saia pior do que entrou. Na medida de segurança, no entanto, o dever do Estado é ainda maior, pois, além de ter o dever de evitar – e de não fomentar – a dessocialização, deve também oferecer tratamento, conforme previsão legislativa expressa. Assim, além de ter que garantir os direitos fundamentais dos internos e de fazer com que eles tenham meios para se inserir no meio social, a partir de um ambiente penitenciário inclusivo e não dessocializador, o Estado deve tratar da saúde dos pacientes.

Tratar significa oferecer os cuidados adequados e necessários para cada tipo de doença mental. Tratar é bem diferente de manter os pacientes sob o efeito de fortes medicamentos que apenas os deixam controlados. Na execução da medida de segurança, o paciente não pode sair pior do que entrou, tanto em relação à socialização quanto à saúde. É inadmissível que a saúde do paciente fique pior do que quando ele entrou, a não ser nos raros casos em que a doença já atingiu um grau tão elevado que nenhum tratamento é capaz de oferecer melhora.

No entanto, o Estado brasileiro segue desrespeitando os direitos das pessoas submetidas às medidas de segurança, quando deveria oferecer-lhes tratamento, deixando de garantir o direito à saúde a partir de sua perspectiva individual.

Após terem sido apresentadas as histórias desses pacientes, cabe, agora, realizar uma análise sobre os seus direitos e apontar alguns caminhos possíveis para a sua efetivação.

5.4 Perspectivas sobre os direitos e alguns caminhos para garanti-los

Historicamente, determinados grupos foram marginalizados no mundo inteiro. Os

²⁷¹ RODRIGUES, Anabela Miranda. **Novo olhar sobre a questão penitenciária**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, p. 47.

²⁷² RODRIGUES, Anabela Miranda. **Novo olhar sobre a questão penitenciária**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, p. 47-48.

grupos que estão no poder criam as regras que devem ser seguidas pelos demais. Assim, essas regras

definem situações e tipos de comportamento a elas apropriados, especificando algumas ações como “certas” e proibindo outras como “erradas”. Quando uma regra é imposta, a pessoa que presumivelmente a infringiu pode ser vista como um tipo especial, alguém de quem não se espera viver de acordo com as regras estipuladas pelo grupo. Essa pessoa é encarada como um outsider.²⁷³

A criação do *outsider* normalmente ocorre quando um grupo que está no poder, o qual pode ser chamado de estabelecido, considera as características ou os comportamentos do outro grupo como sinais de inferioridade humana²⁷⁴. O papel de impor essas regras pode ser conferido a um corpo especializado²⁷⁵, como ocorre com os psiquiatras frente à doença mental. Ao separarem as condutas sãs daquelas consideradas desprovidas de razão, os psiquiatras criaram o conceito de doença mental, que é vista como anormalidade. E o anormal sempre foi estigmatizado, tornando-se alvo de exclusão.

Ter uma noção a respeito de como se dá a formação desses grupos, que são *outsiders*, ajuda a compreender por que os direitos não atingem a todos os grupos da mesma forma. As relações de poder são as principais causas da desigualdade no que diz respeito ao acesso aos bens mais caros a uma sobrevivência digna.

É importante ter em mente que os direitos humanos não podem ser entendidos como algo inacabado pelo simples fato de terem sido reconhecidos pelas normas jurídicas, sejam elas internacionais ou nacionais. Ao pensar assim, estar-se-ia chegando a uma concepção *a priori* dos direitos, ou seja, uma ideia de que existiriam direitos mesmo sem ter as condições e capacidades necessárias para exercê-los²⁷⁶. Apesar de já ter se passado tanto tempo desde o seu “reconhecimento” e “declaração” por meio dos tratados internacionais, os direitos continuam inacessíveis para diversas pessoas em todo o mundo.

Atualmente, “propõem-se cada vez mais textos e convenções de direitos humanos que parecem conviver sem maior problema com cada vez mais e mais violações desses mesmos

²⁷³ BECKER, Howard Saul. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Tradução de Mari Luiza X. de Borges. Revisão técnica de Karina Kuschnir. Rio de Janeiro: Zahar, 2008, p. 15.

²⁷⁴ ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Tradução de Vera Ribeiro. Revisão técnica de Federico Neiburg. Rio de Janeiro: Zahar, 2000, p. 28.

²⁷⁵ BECKER, Howard Saul. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Tradução de Mari Luiza X. de Borges. Revisão técnica de Karina Kuschnir. Rio de Janeiro: Zahar, 2008, p. 16.

²⁷⁶ HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Tradução de Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrique Graciano Suxberger; Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009, p. 27.

direitos”²⁷⁷. No entanto, a fim de encarar os direitos sob uma perspectiva crítica, é imprescindível ter uma visão realista do mundo, isto é, estar consciente da existência dos empecilhos e das dificuldades que impedem ou dificultam o acesso aos bens materiais e imateriais que conduzem a uma vida digna, porém sem perder de vista a percepção de que a realidade pode ser mudada, pois o mundo não nos é dado pronto e acabado. Os direitos humanos e as lutas pela dignidade não representam elementos isolados, mas representam resultados de uma construção paulatina feita pelas sociedades, não sendo, portanto, estanques nem estabelecidos previamente. Assim, é preciso reconhecer a existência das dificuldades de efetivação dos direitos para buscar garanti-los.

Existem vários diplomas legais que preveem, direta ou indiretamente, direitos e garantias das pessoas submetidas às medidas de segurança. Esses direitos estão previstos tanto no âmbito nacional quanto no âmbito internacional.

A Constituição Federal de 1988 traz uma enorme gama de direitos, os quais devem ser garantidos a todas as pessoas, inclusive àquelas submetidas à reclusão. Uma exceção diz respeito ao direito à liberdade, que, para estes últimos indivíduos, sofre restrição. O texto constitucional prevê a proibição de penas perpétuas, a dignidade da pessoa humana, o direito à saúde, as garantias penais relacionadas ao princípio da legalidade, as garantias processuais, entre outros. Esses direitos, no entanto, foram e são repetidamente desrespeitados dentro dos centros psiquiátricos judiciários, conforme foi possível demonstrar.

Apesar de na classificação tradicional o direito à saúde ser considerado um direito de segunda geração (ou dimensão), e de a garantia à proibição de penas perpétuas ser um direito chamado de primeira geração (ou dimensão), a partir da perspectiva de uma teoria crítica do direito, compre-se que esta classificação não pode ser vista de maneira a passar impressão de que os direitos das “gerações” passadas já se encontram efetivados. É fácil perceber que isso não é verdade. A luta pela eficácia social dos direitos previstos nos textos legais não pode parar. Cite, por exemplo, a situação de prisão perpétua a que muitos pacientes se submeteram no cumprimento das medidas de segurança. A mudança jurisprudencial que pôs fim a essa possibilidade é bastante recente.

Entre os diplomas normativos que preveem direitos das pessoas submetidas às medidas de segurança, é possível citar os seguintes: Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos, aprovadas pelas Nações Unidas em 1955; a própria Lei nº 10.216/2001, a qual dispõe sobre a

²⁷⁷ HERRERA FLORES, Joaquín. **A (re)invenção dos direitos humanos**. Tradução de Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrique Graciano Suxberger; Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009, p. 54.

proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; o Decreto nº 6.949/2009, que, em âmbito nacional, promulgou o texto da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, os quais foram assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

As Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos²⁷⁸ foram aprovadas pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, e adotadas pelo Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, realizado em Genebra, no ano de 1955. Tais regras têm como finalidade estabelecer os princípios e regras de uma boa organização penitenciária e as práticas relativas ao tratamento de reclusos, tomando como base o consenso geral do pensamento atual e os elementos essenciais dos mais adequados sistemas contemporâneos (item 1). Eis algumas de suas previsões:

Regra 1

Todos os presos devem ser tratados com respeito, devido a seu valor e dignidade inerentes ao ser humano. Nenhum preso deverá ser submetido a tortura ou tratamentos ou sanções cruéis, desumanos ou degradantes e deverá ser protegido de tais atos, não sendo estes justificáveis em qualquer circunstância. [...]

Regra 3

O encarceramento e outras medidas que excluam uma pessoa do convívio com o mundo externo são aflitivas pelo próprio fato de ser retirado destas pessoas o direito à autodeterminação ao serem privadas de sua liberdade. Portanto, o sistema prisional não deverá agravar o sofrimento inerente a tal situação, exceto em casos incidentais, em que a separação seja justificável, ou nos casos de manutenção da disciplina.

Percebe-se, portanto, que há uma consagração da dignidade inerente ao ser humano, que não pode ser negada pelo simples fato de o indivíduo estar submetido ao sistema penitenciário. As regras também reconhecem que o encarceramento é aflitivo pelo simples fato de retirar a pessoa da vida em sociedade, prevendo que o Estado deve adotar as medidas necessárias para minimizar os efeitos danosos da reclusão.

Por sua vez, o Decreto nº 6.949/2009²⁷⁹ promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em 30 de março de 2007. É importante ressaltar que este foi o primeiro – e até agora o único – tratado internacional sobre direitos humanos que ingressou no ordenamento jurídico brasileiro pelo processo de Emenda à Constituição. Dessa forma, os regramentos nele previstas possuem força de normas constitucionais.

²⁷⁸ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos**. 1955. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/RegMinTratRec.html>>. Acesso em 02 fev. 2018.

²⁷⁹ BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. In: PLANALTO, Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 02 fev. 2018.

Esse diploma prevê como um de seus princípios “o respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas” (art. 3º). Já o art. 4º, em seu item 1, determina que os Estados devem se comprometer “a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência”. Por sua vez, o art. 15, no item 2, prescreve que os Estados Partes “tomarão todas as medidas efetivas de natureza legislativa, administrativa, judicial ou outra para evitar que pessoas com deficiência, do mesmo modo que as demais pessoas, sejam submetidas à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes”.

Conforme já mencionado neste trabalho, em 2001 foi promulgada no Brasil a Lei nº 10.216, que positivou muitas das reivindicações da Reforma Psiquiátrica e do movimento de Luta Antimanicomial, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. A lei traz um rol de direitos²⁸⁰, dá preferência aos tratamentos extra-hospitalares, veda a internação em locais com características asilares e determina que a internação psiquiátrica só ocorrerá em casos excepcionais²⁸¹.

Apesar de toda essa gama de direitos previstos tanto na legislação interna quanto na internacional, a medida de segurança se apresenta, na prática, como um instituto atentatório de diversos direitos, como ocorre, por exemplo, quando os pacientes ficam o dia inteiro sob o

²⁸⁰ 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.

²⁸¹ Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

efeito de fortes medicamentos, permanecendo dopados, sem receber o tratamento adequado para sua doença, como uma verdadeira forma de controle.

Em verdade, os centros psiquiátricos judiciários se assemelham mais a presídios do que a hospitais. O instituto retira a esperança dos pacientes, tendo em vista o caráter indeterminado da medida de segurança, apesar das inovações trazidas pela jurisprudência dos tribunais superiores.

Conforme já mencionado, os internos em medida de segurança no Brasil são predominantemente homens solteiros, com pouca ou nenhuma escolaridade e que possuíam profissões que não demandavam grandes qualificações técnicas e educacionais²⁸². Percebe-se, portanto, que a maioria dos internos tem características semelhantes, fazendo parte de um grupo excluído pela sociedade: pessoas simples, com pouca formação, normalmente ocupantes da classe baixa. Além disso, a maioria dos pacientes do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy residia em municípios interioranos, que muitas vezes são marcados pela pobreza.

A partir desse contexto, constatamos a existência de um círculo vicioso explicado pelos seguintes motivos: a) as pessoas mais abastadas possuem condições financeiras de garantir um tratamento adequado para seus familiares que possuem doença mental, razão pela qual eles geralmente não passam por surtos capazes de gerar o cometimento de injustos penais e, quando passam, b) essas famílias normalmente não fazem a denúncia, então a situação não chega ao conhecimento do Poder Judiciário, o que faz com que eles não cumpram as medidas de segurança; c) as pessoas de classe baixa não têm condições de custear um tratamento adequado, por isso, muitas vezes, até preferem que o parente fique submetido à medida de segurança. A origem do problema é encontrada na ineficiência estatal, que não oferece um tratamento digno de saúde mental através da rede pública.

A partir da análise dos casos apresentados, foi possível perceber que o Estado tem descumprido de forma flagrante os direitos dos internos do Centro Psiquiátrico Judiciário. Uma coisa é certa: a execução da medida de segurança no Brasil não pode permanecer como está. A questão é: o que fazer então?

O juiz da vara de execuções penais da capital entende que é necessário humanizar o tratamento dos pacientes do CPJ, pois acredita que a prática de manter os internos sob o efeito de altíssimas doses de medicamentos é desumana.

²⁸² DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 20 *et. seq.*

Mattos²⁸³ apresenta uma proposta bastante inovadora e até revolucionária, ao defender que

todos os cidadãos devem ser considerados imputáveis, para fins de julgamento penal, com todas as garantias a ele atinentes. Direito ao processo como reconstrução dos eventos que nele culminaram. Direito ao contraditório e à ampla defesa, com manejo de todos os instrumentos a ela inerentes. Em havendo condenação, imposição de pena com limites fixos – dentro dos intervalos de mínimo e máximo previstos –, possibilitando-se a detração, a progressão de regime, o livramento condicional e, em sendo o caso, a transação penal, a suspensão condicional do processo e a extinção da punibilidade, pela prescrição.

Certamente os direitos no âmbito processual e até da execução penal propriamente dita seriam garantidos com essa proposta. No entanto, se já há um enorme despreparo dos funcionários e agentes do Centro Psiquiátrico Judiciário para lidar com os pacientes psiquiátricos, que dirá os agentes das penitenciárias comuns.

Há também uma sugestão que foi trazida por uma das funcionárias do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy. Em resposta ao questionário que lhe foi entregue, ela respondeu que os pacientes “deveriam ser tratados no hospital psiquiátrico, mas não ser submetidos às regras do sistema penitenciário”.

A coordenadora de psicologia da Secretaria de Estado de Ressocialização e Inclusão Social (SERIS), em entrevista que foi transcrita acima, entende que, para que se ponha fim aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, é necessário fortalecer o serviço público de saúde mental, inclusive criando as residências terapêuticas.

No entanto, seria necessário que o local que fosse receber o paciente estivesse equipado com todo o pessoal, material e estrutura capazes de oferecer o tratamento adequado a cada paciente. Além disso, deveriam ser seguidos os preceitos da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), que preceitua que a internação só deve ocorrer nos casos absolutamente necessários, e deve durar o mínimo de tempo possível. Assim, o paciente judiciário seria inserido nos serviços da rede de atenção à saúde mental, e não no sistema penitenciário²⁸⁴. Esta proposta é bastante interessante, pois eliminaria as mazelas próprias do sistema penitenciário.

Com base nas inovações trazidas pela Lei nº 10.216/2001, Moreira²⁸⁵ defende que

este novo modelo, voltado para a extinção da internação nos moldes asilares, com o escopo de priorização da assistência em meio aberto, construção de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e, principalmente, o resgate da

²⁸³ MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria**: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 184.

²⁸⁴ CIRQUEIRA, Márcio Vinícius de Brito. **O Estado do louco infrator... que história é essa?** Curitiba: Editora Prismas, 2016, p. 133.

²⁸⁵ MOREIRA, Leonardo Melo. **Entre o medo e a indiferença**: a implantação das medidas de segurança no Distrito Federal. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015, p. 171.

cidadania aos pacientes, deveria ser, mais efetivamente, assumido como política pública de Estado, em âmbito nacional.

Por outro lado, é imprescindível que seja feito um trabalho de acompanhamento e conscientização com as famílias dos pacientes, para que elas aprendam a lidar com a doença, tentando eliminar os próprios preconceitos que existem dentro do seio familiar. É fundamental aproximar os parentes do paciente, a fim de não acarretar uma quebra dos laços sócio-familiares.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Portaria nº 3.088/2011²⁸⁶ do Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Tal portaria se baseou na Lei nº 10.216/2001, e trouxe as seguintes previsões:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (grifos nossos)

Em seu art. 5º, a portaria elenca os componentes que formam a Rede de Atenção Psicossocial, dividindo-os em sete grupos: a) atenção básica em saúde, b) atenção psicossocial especializada, c) atenção de urgência e emergência, d) atenção residencial de caráter

²⁸⁶ BRASIL. Portaria nº 3.088/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 10 mar. 2018.

transitório, e) atenção hospitalar, f) estratégias de desinstitucionalização, g) reabilitação psicossocial. Ou seja, o ato normativo prevê um sistema completo de atenção, cuidado e tratamento às pessoas com doença mental, dispondo sobre uma rede ampla, adequada às necessidades e cada paciente.

É importante destacar mais alguns dispositivos conceituais da portaria:

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na **atenção psicossocial especializada** é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. [...]

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na **atenção residencial de caráter transitório** os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. [...]

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na **atenção hospitalar** os seguintes serviços:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos. [...]

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas **Estratégias de Desinstitucionalização** os **Serviços Residenciais Terapêuticos**, que são **moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação**

de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 3º O **Programa de Volta para Casa**, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente **Reabilitação Psicossocial** da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. (grifos nossos)

Por sua vez, o Programa de Volta para Casa foi instituído pelo Governo Federal, através da Lei nº 10.708/03²⁸⁷, e diz respeito ao auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

§ 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

Art. 3º São **requisitos cumulativos** para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de

²⁸⁷ BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. In: PLANALTO, Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em 10 mar. 2018.

reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III - haja expresse consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

§ 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º **Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.** (grifos nossos)

Percebe-se que o benefício previsto na referida lei também é extensível aos egressos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com a decisão judicial. No entanto, a partir da análise dos processos da 16ª Vara Criminal da Capital, em nenhum momento se viu alguma referência ao aludido programa.

É possível afirmar, portanto, que o Brasil já possui um amplo aparato normativo no que diz respeito à garantia dos direitos das pessoas com doença mental e a forma como deve ser realizado o seu tratamento. No entanto, ainda há uma enorme distância entre as previsões legislativas e a realidade social.

Defende-se, aqui, o fim dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, para que todos os doentes mentais que precisem de tratamento, mesmo aqueles que venham a cometer injustos penais, sejam recebidos pela rede do Sistema Único de Saúde, a qual deve implementar as redes de atenção psicossocial, nos exatos termos da Lei nº 10.216/2001 e da Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde. As pessoas com doença mental não podem continuar a ter seus direitos violados em decorrência da falência do Estado, que tem se mostrado incapaz de garantir o direito fundamental à saúde.

6 CONCLUSÃO

Figura 59



Pátio do CPJ. (Fonte: o autor)

A doença mental existe desde os primórdios da história da humanidade, porém, ainda nos dias de hoje o preconceito e a discriminação ainda causam dor e sofrimento para os portadores da doença e seus familiares. Ao invés de criticar e desvalorizar as pessoas afetadas, prejudicando o tratamento a que se submetem, é importante e até mesmo um dever, compreendê-los e estimulá-los para que se tratem.

Trecho extraído de relatório elaborado por assistente social em um dos processos da 16ª Vara Criminal da Capital

A noção de loucura passou por diversas alterações ao longo do tempo, estando, na maioria das vezes, acompanhada por falsas noções, preconceitos e estigmas. Ao confundi-la e relacioná-la com a ideia de crime, uma visão demasiadamente discriminatória foi impressa na mente da população, qual seja: a de que doença mental é sinônimo de perigo ou, ainda, a de que todo criminoso possui alguma alienação mental. Tal concepção seria decisiva para determinar o futuro dos loucos que viessem a cometer fatos ilícito-típicos, influenciando, inclusive, na criação do chamado manicômio judiciário – hoje denominado de hospital de

custódia e tratamento psiquiátrico ou simplesmente centro psiquiátrico judiciário. O nome mudou, mas as suas características permanecem.

O mencionado estabelecimento foi pensado e destinado inicialmente àquelas pessoas que, de acordo com a época, convencionou-se chamar de monomaníacos, degenerados, loucos morais, psicopatas ou portadores de transtorno de personalidade antissocial. No entanto, apesar de terem sido criados para um tipo específico de criminoso, atualmente a grande maioria dos indivíduos que vivem nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é composta por doentes mentais com delírios, alucinações ou alguma espécie de retardamento mental. Na verdade, de acordo com o texto legal²⁸⁸ e com o entendimento contemporâneo da psicologia, é justamente a estes últimos que o centro psiquiátrico judiciário é destinado.

É fundamental perceber, entretanto, que vários dos problemas do instituto da medida de segurança podem ser encontrados e explicados na origem dos manicômios judiciários, como, por exemplo, a ideia da periculosidade como fundamento, bem como a permanência por tempo indeterminado. Mas de uma instituição em cujas bases repousa um ser tão contraditório dificilmente se esperaria algo senão a contradição.

Constatou-se que o tratamento penal dos doentes mentais já passou por diversas alterações no ordenamento jurídico pátrio, entretanto, apesar de existir um projeto de lei para o novo Código Penal em tramitação, foi possível perceber que o instituto da medida de segurança está longe de sofrer alterações significativas. Dessa forma, o louco “infrator” continuará a sofrer duplo estigma e dupla punição: pela doença e pelo crime. Às vezes sendo punido por ser doente mental, indo parar na casa de custódia e tratamento pelo cometimento de condutas delitivas que jamais levariam uma pessoa considerada imputável à prisão, e passando, ali, bem mais tempo do que passaria no caso de ter sido mandada para uma penitenciária comum.

É importante ressaltar, entretanto, que a Lei nº 10.216/2001, responsável pela positivação dos preceitos do movimento da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, trouxe diversas mudanças em relação ao tratamento das pessoas que possuem doença mental, representando uma verdadeira quebra de paradigmas. O art. 4º da referida lei, por exemplo, prevê que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. No entanto, a atual legislação penal, que deveria acompanhar a evolução da sociedade e das ciências, não se coaduna com os

²⁸⁸ Código Penal: 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.

avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica. A inovação legislativa ainda está longe de atingir os internos do CPJ.

Outra conclusão importante diz respeito à constatação de que a medida de segurança é um instituto que encontra fundamento e legitimação num dispositivo bastante questionável, qual seja: a noção de periculosidade. Verificou-se que a ideia da cessação da periculosidade ainda funciona como um grande problema prático, sendo considerada, consoante experiência da 16ª Vara Criminal da Capital, como sinônimo de “reunir condições de retornar ao convívio sócio-familiar”. Ou seja, os psiquiatras, quando da elaboração dos exames de verificação de cessação de periculosidade, não utilizam o conceito usualmente empregado pela doutrina e pela jurisprudência.

Assim, verificou-se que, com grande frequência, os médicos procuram constatar se o paciente possui apoio sócio-familiar, o que contribui para a definição da persistência de sua periculosidade ou não. Mas muitos pacientes são abandonados nos CPJs, o que pode acarretar a suposta permanência da periculosidade de forma perene. Assim, a aferição da periculosidade estaria, na prática, sendo associada a um fator externo ao paciente, o que certamente não faz sentido, pois, em tese, a periculosidade é algo intrínseco ao sujeito, que cobra do perito médico-psiquiátrico o exercício de uma verdadeira futurologia. Inclusive um profissional da área admitiu, em um dos exames, que não há como estabelecer a cessação de periculosidade de forma definitiva.

Uma grande dificuldade reside justamente no fato de que, por haver dúvida em relação ao comportamento futuro dos pacientes, muitas vezes os psiquiatras preferem mantê-los pelo máximo de tempo possível dentro do Centro Psiquiátrico Judiciário, até que a internação atinja uma duração excessiva, quando então decidem pela desinternação do paciente, sempre condicionando sua saída à manutenção do tratamento medicamentoso, sob a supervisão de terceiro e em acompanhamento em CAPS. Entretanto, é difícil não se perguntar se o paciente não poderia ter sido enviado a um Centro de Atenção Psicossocial desde o início, já que, na grande maioria das vezes, é liberado do CPJ quando ainda continua com diversos sintomas da doença mental.

Assim, a ideia de periculosidade, apesar de se situar sob o manto da cientificidade, serve apenas para autorizar a ingerência do direito penal na loucura, trazendo, ao invés de tratamento, verdadeira punição. Foram apresentadas ao longo deste trabalho várias situações em que a medida de segurança é tão ou mais gravosa do que a pena propriamente dita. Assim, a medida de segurança se apresenta como uma aberração jurídica, que pune a doença e suas manifestações, sob o pretexto da ideia subjetiva e temerária da periculosidade, a qual,

conforme demonstrado neste trabalho, não possui critérios objetivos para a sua aferição.

Ademais, foi possível traçar um panorama acerca da situação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e da aplicação da medida de segurança no Brasil. Dados demonstraram o perfil da população que vive nestes estabelecimentos, a qual é predominantemente formada por homens solteiros, com pouca ou nenhuma escolaridade, que possuíam profissões que não demandavam grandes qualificações técnicas e educacionais, e muitos deles haviam cometido crimes contra familiares ou pessoas de seu seio doméstico. No estado de Alagoas, constatou-se que a população é formada, em sua grande maioria, por pessoas negras ou pardas, nascidas em municípios interioranos e que possuíam baixo ou nenhum grau de escolaridade.

Outro ponto relevante diz respeito ao fato de que foi possível constatar que há mais de um entendimento jurisprudencial nos tribunais superiores brasileiros em relação à fixação de limite de duração da medida de segurança. Esses novos entendimentos jurisprudenciais representam avanços, pois buscam colocar um fim nas medidas de segurança de caráter perpétuo, mas não são suficientes para resolver os problemas da aplicação do instituto. A partir de pesquisa realizada nos tribunais de 2ª instância, verificou-se que a tendência tem sido seguir Súmula nº 527 do STJ. Mas vale ressaltar que não se pode falar no fim da indeterminação temporal das medidas de segurança, pois elas ainda são indeterminadas. O paciente entra no CPJ, mas não sabe quando irá sair. Sua saída fica condicionada à verificação da cessação de periculosidade, ou, em última análise, ao tempo da pena.

Ao realizar visitas ao Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, pôde-se inferir que seu funcionamento, sua estrutura e a forma como a medida de segurança é aplicada seguem o panorama do restante do país. Ou seja, completamente ultrapassados e clamando por mudanças. Foi possível visualizar uma instituição que mais funciona como um local de controle social do que, como reza o texto legal, um estabelecimento voltado ao tratamento das pessoas que lá se encontram.

Está previsto no artigo 99 do Código Penal que o interno será submetido a tratamento. Apesar de estar expresso na lei, verificou-se que a realidade manicomial penitenciária é completamente diferente, posto que, na grande maioria das vezes, não há qualquer tratamento, e os “pacientes” apenas recebem os mesmos remédios para permanecerem dopados e não se exaltarem. Mas é imprescindível ter em mente que tratar significa oferecer os cuidados necessários e adequados para cada tipo de patologia mental. É preciso imperar o princípio da igualdade material, segundo o qual se devem tratar os iguais de forma igual e, os desiguais,

desigualmente. Não é, entretanto, o que acontece na prática. E a medida de segurança mais funciona como uma forma de controle social do que como tratamento.

Além disso, foram demonstradas outras situações atentatórias aos direitos dos internos submetidos ao instituto da medida de segurança. Pode-se citar o caso da paciente que foi submetida à eletrocussão, bem como, a partir da análise dos laudos de cessação de periculosidade na 16ª Vara Criminal da Capital e de relatos feitos no CPJ, situações em que os internos ficavam com sua saúde mental cada vez mais debilitada com o passar do tempo.

Em relação aos efeitos e às consequências da aplicação da medida de segurança no estado de Alagoas, conclui-se que são, em regra, devastadores. Os pacientes perdem seus laços sociais e familiares e o contato com o mundo fora dos muros do Centro Psiquiátrico Judiciário. Ademais, conforme já mencionado, verificou-se que muitos deles saem da instituição com um estado de alienação mental bastante pior se comparado ao momento em que foram internados no estabelecimento. Constata-se, ainda, que essas pessoas perdem sua identidade em diferentes graus, seja porque deixam de ter noção de sua própria existência, de seu próprio nome e o de seus familiares, ou porque, apesar de se encontrarem em um local supostamente destinado a um tratamento, são obrigados a seguir regras rígidas, viver sob o efeito de fortes medicamentos e vestir – em todos os sentidos – as roupas de instituição. Instituição que é fechada, e na qual se pôde perceber que os atentados aos direitos dos pacientes ocorrem de forma velada, e os que lá trabalham são considerados traidores se os tornarem públicos.

Defende-se, neste trabalho, o fim dos hospitais de custódia e tratamento, para que os doentes mentais que venham a praticar algum injusto penal sejam direcionadas ao sistema público de saúde. Entretanto, é imprescindível que o Estado crie meios para que isso se torne possível. É preciso quebrar os tabus que envolvem a loucura, reconhecer que esses indivíduos são sujeitos de direitos dotados de dignidade. É preciso que o Estado brasileiro volte sua atenção para os avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica, implementando uma rede forte e eficiente de atenção psicossocial.

É essencial um trabalho multidisciplinar efetivo, sempre prezando pelos métodos extra-hospitalares e buscando a reinserção social do indivíduo. Além do mais, é imprescindível que seja realizado um trabalho com os familiares dessas pessoas, haja vista que a participação deles é fundamental.

Foi possível concluir, portanto, que o tratamento conferido aos loucos “infratores” deve estar cada vez menos atrelado ao Poder Judiciário e se aproximar cada vez mais do cuidado psicossocial. Deve-se sempre prezar pela manutenção da identidade do indivíduo, bem como de

seus laços sociais e familiares. Ainda há muito o que se discutir sobre o instituto jurídico da medida de segurança. Este trabalho não procurou de forma alguma esgotar todos os temas e problemáticas que o envolvem, mas mostrar as diversas implicações de submeter pessoas com doença mental ao pseudotratamento que lhes é conferido pelos Centros Judiciários Psiquiátricos, e tudo isto sob a justificativa do ultrapassado dispositivo da periculosidade, o qual não tem razão de ser, precisando, assim, também ser substituído.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Juan Oberto Sotomayor. Crítica a la perigosidad como fundamento y medida de la reacción penal frente al inimputable. *In: Nuevo Foro Penal*, Medellín: n° 48, junio, 1990.

AGRESTI, Alan; FINLAY, Barbara. **Métodos estatísticos para as ciências sociais**. Tradução de Lori Viali. 4. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

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

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** [online]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Criança, mulher e saúde collection. ISBN 978-85-7541-335-7. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 15 mar. 2018.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Mental Illness Not Usually Linked to Crime, Research Finds**. Disponível em: <<http://www.apa.org/news/press/releases/2014/04/mental-illness-crime.aspx>> Acesso em: 08 de ago. 2017.

Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Disponível em: <<http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=BioeticaBrasilIntegra&id=26>>. Acesso em 01 mar. 2018.

ANTUNES, Maria João. **O internamento de imputáveis em estabelecimentos destinados a inimputáveis**. Coimbra: Coimbra, 1993.

AUGUSTO, Cristiane Brandão; ORTEGA, Francisco. Nina Rodrigues e a patologização do crime no Brasil. *In: Rev. direito GV.*, vol.7, n° 1, São Paulo: FGV, p. 221-236, jan./jun. 2011.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed. rev. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. *In: BASAGLIA, Franco (coord.). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BECKER, Howard Saul. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Tradução de Mari Luiza X. de Borges. Revisão técnica de Karina Kuschnir. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BRASIL, Código Criminal do Império do Brasil, de 16 de dezembro de 1830. Manda executar o Código Criminal. *In: PLANALTO*. Rio de Janeiro, 1830. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LIM/LIM-16-12-1830.htm>. Acesso em: 18 mai. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução n° 05/2004. Disponível em <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnppc-1/resolucoes/resolucoes-arquivo>>

s-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-05-de-04-de-maio-de-2004.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 04/2010. Disponível em <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnppc-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-4-de-30-de-julho-de-2010.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

BRASIL, Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *In: CÂMARA DOS DEPUTADOS*. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

BRASIL, Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal. *In: CÂMARA DOS DEPUTADOS*. Rio de Janeiro, 1890. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 19 mai. 2017.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *In: PLANALTO*, Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 02 fev. 2018.

BRASIL, Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. *In: CÂMARA DOS DEPUTADOS*. Rio de Janeiro, 1903. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

BRASIL, Decreto nº 14.831, de 25 de Maio de 1921. Approva o Regulamento do Manicômio Judiciário. *In: CÂMARA DOS DEPUTADOS*. Rio de Janeiro, 1921. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 16 mai. 2017.

BRASIL, Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. *In: PLANALTO*. Brasília, 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7209.htm>. Acesso em: 20 mai. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *PLANALTO*. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *In: PLANALTO*, Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em 10 mar. 2018.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 10 mar. 2018.

BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 236, de 9 de julho de 2012. Reforma do Código Penal Brasileiro. SENADO FEDERAL. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=106404>. Acesso em: 21 mai. 2017.

BRASIL, STF. HC nº 69375, 2ª Turma, Rel. Min. Marco Aurélio. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

BRASIL, STF. HC nº 107.432/RS, Primeira Turma, Rel. Min. Ricardo Lewandowski. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL, STF. HC nº 84219/SP, Primeira Turma, Rel. Min. Marco Aurélio. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em 11 ago. 2017.

BRASIL, STF. ADPF nº 347 MC/DF, Plenário, Rel. Min. Marco Aurélio. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL, STF. HC nº 84219, 1ª Turma, Rel. Min. Marco Aurélio. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

BRASIL, STF. HC nº 126292, Plenário, Rel. Min. Teori Zavascki. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10964246>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL, STF. RE nº 628658/RS, Tribunal Pleno, Rel. Min. Marco Aurélio. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL, STF. RE nº 106947/ES, Segunda Turma, Rel. Min. Francisco Rezek. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL, STF. RE nº 86209/SP, Primeira Turma, Rel. Min. Soares Munoz. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL, STF. RE nº 70159/SC, Primeira Turma, Rel. Min. Amaral Santos. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL, STF. HC nº 46545/SP, Segunda Turma, Rel. Min. Eloy da Rocha. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL, STF. HC nº 98.360/RS, Primeira Turma, Rel. Min. Ricardo Lewandowski. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL, STF. HC nº 107.777/RS, Segunda Turma, Rel. Min. Ayres Britto. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL, STJ. AgRg no REsp nº 832.848/AC, Sexta Turma, Rel. Min. Nefi Cordeiro. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

BRASIL, STJ. HC nº 121877/RS, Sexta Turma, Rel. Min. Maria Thereza de Assis Moura. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 17 set. 2017.

BRASIL, TJ/AL. Apelação 0001200-40.2011.8.02.0094, Câmara Criminal, Rel. Juiz Conv. Maurílio da Silva Ferraz. Disponível em: <<http://www.tjal.jus.br/>>. Acesso em: 01 out. 2017.

BRASIL, TJ/DF. Acórdão n.1029782, 20170020085247RAG, 3ª Turma Criminal, Rel. Des.(a) Demetrius Gomes Cavalcanti. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017.

BRASIL, TJ/GO. Habeas-Corpus 61709-20.2017.8.09.0000, 2ª Câmara Criminal, Rel. Des. Carmecy Rosa Maria A. de Oliveira. Disponível em: <<http://www.tjal.jus.br/>>. Acesso em: 01 out. 2017.

BRASIL, TJ/MG. Apelação Criminal 1.0024.15.182782-1/001 1827821-92.2015.8.13.0024, Rel. Des.(a) Maria Luíza de Marilac. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/>>. Acesso em: 28 set. 2017.

BRASIL, TJ/MG. Emb Infring e de Nulidade 1.0024.12.342929-2/002 3429292-82.2012.8.13.0024 (1), Rel. Des.(a) Marcílio Eustáquio Santos. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/>>. Acesso em: 28 set. 2017.

BRASIL, TJ/MG. Apelação Criminal 1.0672.15.011256-9/001 0112569-06.2015.8.13.0672 (1), Rel. Des.(a) Alexandre Victor de Carvalho. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/>>. Acesso em: 28 set. 2017.

BRASIL, TJ/MG. Apelação Criminal 1.0040.13.013958-3/001 0139583-86.2013.8.13.0040 (1), Rel. Des.(a) Sálvio Chaves. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/>>. Acesso em: 28 set. 2017.

BRASIL, TJ/MG. Apelação Criminal 1.0145.15.007423-8/001 0074238-81.2015.8.13.0145 (1), Rel. Des.(a) Furtado de Mendonça. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/>>. Acesso em: 28 set. 2017.

BRASIL, TJ/PE. Habeas Corpus 457783-50012822-17.2016.8.17.0000, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 1ª Turma, Rel. Des.(a) Sílvio Neves Baptista Filho. Disponível em: <<http://www.tjpe.jus.br/>>. Acesso em: 01 out. 2017.

BRASIL, TJ/PE. Habeas Corpus 443445-10007453-42.2016.8.17.0000, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 1ª Turma, Rel. Des.(a) José Viana Ulisses Filho. Disponível em: <<http://www.tjpe.jus.br/>>. Acesso em: 01 out. 2017.

BRASIL, TJ/RO. Apelação Processo nº 0003923-73.2013.822.0007, 1ª Câmara Criminal, Rel. Des.(a) José Jorge R. da Luz. Disponível em: <<https://www.tjro.jus.br/>>. Acesso em: 30 set.

2017.

BRASIL, TJ/RS. Apelação Crime nº 70073381766, Quarta Câmara Criminal, Rel. Des.(a) Rogério Gesta Leal. Disponível em: <<http://www.tjrs.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017.

BRASIL, TJ/RS. Agravo nº 70070268198, Primeira Câmara Criminal, Rel. Des.(a) Sylvio Baptista Neto. Disponível em: <<http://www.tjrs.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017.

BRASIL, TJ/RS. Recurso Crime nº 71005832209 Turma Recursal Criminal, Rel. Des.(a) Edson Jorge Cechet. Disponível em: <<http://www.tjrs.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017.

BRASIL, TJ/SP. Agravo de Execução Penal 9002426-17.2016.8.26.0050, 7ª Câmara de Direito Criminal, Rel. Des.(a) Eduardo Abdalla. Disponível em: <<http://www.tjsp.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017.

BRASIL, TJ/SP. Habeas Corpus 0009043-68.2017.8.26.0000, 12ª Câmara de Direito Criminal, Rel. Des.(a) Paulo Rossi. Disponível em: <<http://www.tjsp.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017.

BRASIL, TJ/SP. Agravo de Execução Penal 9000769-74.2015.8.26.0050, 5ª Câmara de Direito Criminal, Rel. Des.(a) Tristão Ribeiro. Disponível em: <<http://www.tjsp.jus.br/>>. Acesso em: 29 set. 2017.

CARBONNIER, Jean. **Sociologia jurídica**. 2ª ed. Madrid: Editorial Tecnos, 1982.

CARDOSO, Danilo Almeida; PINHEIRO, Jorge de Medeiros. **Medidas de segurança: ressocialização e dignidade da pessoa humana**. Curitiba: Juruá, 2012.

CARNEIRO, Herbert José Almeida. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. *In: Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 23-34, mar./ago. 2011.

CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

CARVALHO, Salo de. O papel da perícia psicológica na execução penal. *In: BRANDÃO, Eduardo Ponte; GONÇALVES, Hebe Signorini (org.). Psicologia Jurídica no Brasil*. Rio de Janeiro: NAU, 2004.

_____. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 2015.

_____; E WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. A punição do sofrimento psíquico no Brasil: reflexões sobre os impactos da Reforma Psiquiátrica no sistema de responsabilização penal. *In: Revista de Estudos Criminais*, ano XI, n. 48, São Paulo: Síntese, p. 55-90, jan./mar. 2013.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

_____. De la peligrosidad al riesgo. *In: AAVV, Materiales de Sociología Crítica*. Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1986, p. 219-243.

CIRQUEIRA, Márcio Vinícius de Brito. **O Estado do louco infrator... que história é essa?** Curitiba: Editora Prismas, 2016.

COHEN, Cláudio. Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime. *In:* CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). **Medida de segurança – uma questão de saúde e ética.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

_____. Medidas de segurança. *In:* COHEN, Cláudio; FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marco (Orgs.). **Saúde mental, crime e justiça.** 2ª ed. rev. e atual. São Paulo: EDUSP, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015.** Brasília: CFP, 2015.

CORREIO BRAZILIENSE. **Doentes mentais: criminosos ou vítimas?** Disponível em: <<http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=9420>> Acesso em: 08 de ago. 2017.

CUSSON, Maurice. **Criminologia.** Alfragide: Casa das Letras, 2011.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011.** Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade.** Tradução de Vera Ribeiro. Revisão técnica de Federico Neiburg. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

FOUCAULT, Michel. A Evolução da Noção de "Indivíduo Perigoso" na Psiquiatria Legal do Século XIX. *In:* FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade, Política: Ditos & Escritos**, v. 5. 2ª e.d. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 2012.

_____. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **O poder psiquiátrico.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Os Anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008

_____. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2001.

GONÇALVES, Monique de Siqueira. A loucura na fronteira entre a medicina e o direito: a *elite médica* em busca da legitimação socioprofissional nas páginas do *Annaes Brasilienses de*

Medicina (1860-1880). In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol.15, nº 3, São Paulo: Escuta, p. 575-589, set. 2012.

HERRERA FLORES, Joaquín. **A (re)invenção dos direitos humanos**. Tradução de Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrique Graciano Suxberger; Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

IBRAHIM, Elza. **Manicômio judiciário: da memória interrompida ao silêncio da loucura**. Curitiba: Appris, 2014.

JUNQUEIRA, Lia. A loucura condenada. In: **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, vol.1, n.3, São Paulo: CEDEC, p. 52-56, out./dez. 1984.

KARAM, Maria Lúcia. A Reforma das Medidas de Segurança. In: **Revista da EMERJ**, v. 15, nº 60, Rio de Janeiro: EMERJ, p. 108-114, out./dez. 2012.

KODA, Mirna Yamazato; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. In: **Cad. Saúde Pública**, vol.23, nº 6, Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, p. 1455-1461, jun. 2007.

KOLKER, Tania. A atuação dos psicólogos no sistema penal. In: BRANDÃO, Eduardo Ponte; GONÇALVES, Hebe Signorini (org.). **Psicologia Jurídica no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU, 2004.

LEBRE, Marcelo. Medidas de segurança e periculosidade criminal: Medo de quem? In: **Revista Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 273-282, set. 2012/fev. 2013.

LEVIN, Jack; FOX, James Alan; FORDE, David R. **Estatística para ciências humanas**. Tradução de Jorge Ritter. Revisão técnica de Fernanda Bonafini. 11. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.12, nº 2, Rio de Janeiro: Abrasco, p. 399-407, mar./abr. 2007.

MARAFANTI, Ísis *et. al.* Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro. In: CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). **Medida de segurança – uma questão de saúde e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MECLER, Kátia. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. In: **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, 2010, p. 70-82, 20(1).

MELO, Walter; FERREIRA, Ademir Pacelli. Clínica, pesquisa e ensino: Nise da Silveira e as mutações na psiquiatria brasileira. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 555-569, Dez. 2013.

MONTEIRO, Cristina Líbano. **Perigosidade de inimputáveis e *in dubio pro reo***. Coimbra: Coimbra, 1997.

MOREIRA, Leonardo Melo. **Entre o medo e a indiferença: a implantação das medidas de segurança no Distrito Federal**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

Nise da Silveira: a mulher que revolucionou o tratamento mental por meio da arte. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2018/02/15/nise-da-silveira-a-mulher-que-revolucionou-o-tratamento-da-loucura-por-meio-da-arte/>>. Acesso em 29 mar. 2018.

NUNES, Adeildo. **Execução da pena e da medida de segurança**. São Paulo: Malheiros Editores, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Caracas**. 1990. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em 05 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos**. 1955. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/RegMinTratRec.html>>. Acesso em 02 fev. 2018.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Morel e a questão da degenerescência. *In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol.11, nº 3, São Paulo: Escuta, p. 490-496, set. 2008.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Inimputabilidade, Irresponsabilidade, Periculosidade e Medida de Segurança. *In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 9, nº 2, Rio de Janeiro: COC, p. 335-355, mai./ago. 2002.

PIMENTEL, Elaine. Revisitando a loucura em Foucault: medidas de segurança e a grande internação. *In: Olhares Plurais - Revista Eletrônica Multidisciplinar*, Dossiê Especial: 40 anos de Vigiar e Punir, vol.1, nº 14, ano 2016.

RAMOS, Breno Montanari. Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil. *In: CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). Medida de segurança – uma questão de saúde e ética*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medidas de segurança**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1998.

RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. Avaliação de risco do paciente em

medida de segurança. *In*: CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). **Medida de segurança – uma questão de saúde e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

RIBEIRO, Hewdy Lobo; CORDEIRO, Quirino; CABRAL FILHO, Antônio. Aspectos éticos nas perícias de medida de segurança. *In*: CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). **Medida de segurança – uma questão de saúde e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

RIGONATTI, Luiz Felipe *et. al.* O papel do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: previsão legal e realidade. *In*: CORDEIRO, Quirino; DE LIMA, Mauro Gomes Aranha (org.). **Medida de segurança – uma questão de saúde e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

RODRIGUES, Anabela Miranda. **Novo olhar sobre a questão penitenciária**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

ROESLER, Claudia Rosane; LAGE, Leonardo Almeida. A argumentação do STF e do STJ acerca da periculosidade de agentes inimputáveis e semi-imputáveis. *In*: **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, ano 21, nº 105, São Paulo: Revista dos Tribunais, p. 13-56, nov./dez. 2013.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. *In*: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

ROVINSKI, Sonia Liane Reichert. **Fundamentos da perícia psicológica forense**. São Paulo: Vetor, 2004.

SILVA, Alyne Alvarez. **Das vidas que não (se) contam**: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará. Tese (Doutorado em psicologia social) – PUC-SP. São Paulo, 2015.

SILVA, Luís Virgílio Afonso da. O proporcional e o razoável. *In*: **RT**, São Paulo, ano 91, n. 798, p. 23-50, abr. 2002.

SHIMIZU, Bruno. Um panorama crítico sobre o pensamento criminológico clínico no Brasil. *In*: SÁ, Alvino Augusto de; TANGERINO, Davi de Paiva Costa; SHECAIRA, Sérgio Salomão (Coords.). **Criminologia no Brasil**: história e aplicações clínicas e sociológicas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

TEOTÔNIO, Paulo José Freire; E SILVA, Bruna Carolina Oliveira. Medidas de Segurança: Considerações Sobre a Razoabilidade e Proporcionalidade da Aplicação. *In*: **Revista Magister de Direito Penal e Processual Penal**, ano 8, nº 45, Porto Alegre: Magister, p. 46-60, dez./jan. 2012.

TILIO, Rafael de. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *In*: **Paidéia (Ribeirão Preto)**, vol.17, nº 37, Ribeirão Preto: EDUSP, p. 195-206, Mai./Ago. 2007.

ANEXOS

ANEXO I – Aprovação do Comitê de Ética e documentos respectivos

ANEXO II – Autorizações do Juiz da 16ª Vara Criminal da Capital (Execução Penal)

**ANEXO III - Cópia do Livro de Inspeções de Autoridades do Centro Psiquiátrico
Judiciário Pedro Marinho Suruagy**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CEMITÉRIO DOS ESQUECIDOS: Da noção de periculosidade como fundamento de manutenção das medidas de segurança e da desinternação a partir da aplicação da Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça à luz do Estado Democrático de Direito

Pesquisador: KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68543417.2.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Direito de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.212.754

Apresentação do Projeto:

O trabalho irá tratar sobre a configuração atual das medidas de segurança, a fim de traçar um panorama geral acerca da aplicação do instituto jurídico no Brasil, dando ênfase à realidade do estado de Alagoas. Pretende-se colocar em foco os chamados inimputáveis e mostrar a realidade vivenciada por eles, realidade esta que tem se mostrado bastante cruel, mas se encontra justificada por uma falsa noção jurídica e científica. Assim, o trabalho tem como objetivo analisar, a partir da legislação vigente e do tratamento conferido pela jurisprudência, o instituto jurídico da medida de segurança, verificando se ele, em seus moldes atuais, coaduna-se com os princípios do Estado Democrático de Direito, passando pelo estudo da noção da periculosidade e tomando como principal parâmetro a realidade de Alagoas, a partir da experiência da 16ª Vara Criminal da Capital (Vara de Execução Penal) e do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, bem como verificando como está sendo aplicada pelos magistrados a Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça. Para tanto, faremos uso de diversas fontes bibliográficas, análise documental de processos, bem como de pesquisa de campo realizada no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy e na 16ª Vara Criminal da Capital.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.212.754

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

- Analisar, a partir da legislação vigente e do tratamento conferido pela jurisprudência, o instituto jurídico da medida de segurança, verificando se ele, em seus moldes atuais, coaduna-se com os princípios do Estado Democrático de Direito, passando pelo estudo da noção da periculosidade e tomando como principal parâmetro a realidade de Alagoas, a partir da experiência da 16ª Vara Criminal da Capital (Vara de Execução Penal) e do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, bem como verificando como está sendo aplicada pelos magistrados a Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar os fatores que deram origem às Casas de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, perpassando questões que envolvem injusto penal e loucura;
- Proceder à análise do instituto jurídico da medida de segurança, a partir da doutrina e da jurisprudência, conceituando-o, elencando suas principais características, bem como a evolução do tratamento que lhe foi dado pela legislação brasileira, analisando, ainda, as modificações contidas no Projeto do Novo Código Penal;
- Verificar se a aplicação da medida de segurança respeita os princípios do Estado Democrático de Direito;
- Proceder à análise da noção da periculosidade como fundamento para a desinternação do paciente em medida de segurança, tomando como principais referências os exames contidos nos processos que tramitam na 16ª Vara Criminal da Capital (Execução Penal);
- Verificar como se dá a aplicação da medida de segurança no Brasil e, sobretudo, no estado de Alagoas, analisando as condições a que os pacientes são submetidos; bem como fazer uma análise documental a fim de elaborar estatísticas referentes aos internos do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy;
- Compreender o panorama atual da jurisprudência acerca da desinternação dos pacientes em medida de segurança, avaliando, sobretudo, como está sendo aplicada a Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça, além de verificar se as posturas e soluções adotadas pelos magistrados se compatibilizam com os ditames da nova hermenêutica constitucional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

DOS RISCOS

Nos termos da Resolução Nº 466/12 CNS e 510/16, a pesquisa não acarretará riscos graves, na verdade os riscos são mínimos. As pessoas que responderão os questionários são maiores de

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.212.754

idade, atuantes no Poder Judiciário ou funcionárias do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy. Todavia, pode ocorrer inibição ou certo constrangimento dos funcionários diante da pesquisadora, ou então receio de a dissertação de mestrado trazer algo negativo em relação ao trabalho. Para minimizar estas questões, a pesquisadora explicará detalhadamente o trabalho que pretende desenvolver, bem como oferecerá o apoio necessário para evitá-los, como envio da dissertação de mestrado quando finalizada e apresentada para os pesquisadores. A pesquisadora se compromete a não constranger o membro que não deseja participar da pesquisa ou responder o questionário, deixando-o livre para aderir ou não à pesquisa.

DOS BENEFÍCIOS

A pesquisa trará muitos benefícios. Para o projeto de dissertação será essencial, pois comporá a parte prática da pesquisa, trazendo mais clareza e objetividade para a pesquisadora. Sabe-se que uma pesquisa de campo traz diversos benefícios, e em se tratando de uma pesquisa dentro do campo do Direito, isso toma grande relevo pois tira o pesquisador apenas da seara da lei e doutrina e o aproxima da realidade social. Em virtude da pequena quantidade de obras e publicações sobre o tema, entendo que a pesquisa, bem com a dissertação de mestrado terá uma importância para a bibliografia sobre o tema, trazendo novos e recentes aspectos sobre o tema. Por fim, e mais importante, acredito que a pesquisa terá impacto também para as pessoas que vivem nos Centros Psiquiátricos Judiciários, pois serão identificados os problemas de tais instituições, contribuindo para aperfeiçoá-los e na tentativa de se superar os obstáculos que essa parcela da população encontra para que seus direitos fundamentais sejam efetivados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Proposta de Dissertação é relevante para a área, por se tratar de um pesquisa que envolve o tratamento a população carcerária com problemas mentais e o devido tratamento dado a essas pessoas, pela instituição e o Estado de Alagoas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nesta segunda versão foi analisada as correções realizadas pelo pesquisador conforme exigência da última relatoria, como se segue:

1) RECOMENDAÇÕES:

Adequar o Protocolo de Pesquisa, de acordo com a Brochura do Projeto, nos itens sobre riscos e

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.212.754

benefícios da pesquisa, bem como nos objetivos específicos.

Adequação: Os itens referentes aos riscos, benefícios da pesquisa, bem como dos objetivos específicos foram devidamente alterados no Protocolo de Pesquisa, a fim de que ficassem iguais aos constantes na Brochura do Projeto (confere)

2) TCLE:

- Incluir os riscos e a minimização dos mesmos, conforme brochura do projeto.

Adequação: No TCLE, foram incluídos os riscos e as formas de minimizá-los, de acordo com a Brochura do Projeto (confere).

3) Declaração de destinação dos dados e Publicização dos resultados da Pesquisa

- Assinar

Adequação: O documento referente à declaração de destinação dos dados e Publicização dos resultados da Pesquisa foi devidamente assinado (confere).

4) Autorização

- A declaração apresentada não está autorizada efetivamente, existe a solicitação que o juiz autorize, mas o mesmo não se manifesta.

Adequação: Foi juntada a nova documentação. Desta vez há a efetiva autorização, de forma clara e expressa (confere).

5) Questionário

- Se aplicado aos funcionários, como ao final está solicitado ao Psiquiatra que responda aquele mesmo questionário? Favor esclarecer as características dos funcionários que responderão à

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.212.754

entrevista.

Adequação e explicação: A pesquisadora buscará entrevistar os funcionários do Centro Psiquiátrico Judiciário que exerçam as mais diversas funções, quais sejam: psiquiatras, enfermeiros, agentes penitenciários, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros. Desta forma, tentar-se-á abranger o maior número possível de especialidades, a fim de que a pesquisa possa trazer as conclusões sob diversos pontos de vista, tornando-a mais completa. Esta explicação foi incluída no item “outras informações, justificativas ou considerações a critério do Pesquisador”, constante no Protocolo de Pesquisa (OK).

6) Prontuário do Paciente

- Conforme legislação vigente sobre Prontuário do Paciente, para que se tenha acesso as informações do Prontuário do Paciente é necessário a autorização do mesmo, quando por motivos outros (no caso específico, se tratar de pessoas com problemas mentais), essa autorização deverá ser dada pelo responsável legal (familiares), sendo assim o TCLE deverá ser assinado por esse responsável. Ou a pesquisadora terá que justificar a luz da legislação do Conselho Federal de Medicina e também a Lei de Acesso a Informação, o declínio do TCLE para esses sujeitos da pesquisa.

Adequação: A pesquisadora desconhecia esta legislação em específico, razão pela qual irá dispensar a realização de pesquisa nos prontuários médicos dos pacientes, limitando-se à análise documental dos seus processos judiciais. Assim, foi excluída do protocolo de pesquisa esta metodologia de análise dos prontuários médicos (OK).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Protocolo de Pesquisa encontra-se adequado à Resolução 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 2.212.754

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_887354.pdf	14/07/2017 22:49:34		Aceito
Outros	QuestionarioCPJPsiquiatras.docx	14/07/2017 22:47:43	KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA	Aceito
Outros	QuestionarioCPJFuncionarios.docx	14/07/2017 22:46:57	KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOKARINNYGUEDES.docx	14/07/2017 22:45:44	KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA	Aceito
Outros	Adequacoes.docx	12/07/2017 20:37:36	KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA	Aceito
Outros	Autorizacao2.pdf	12/07/2017 20:36:03	KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao1.pdf	12/07/2017 20:34:42	KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	12/07/2017 20:33:59	KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA	Aceito
Outros	Entrevista16Vara.docx	18/04/2017 20:56:25	KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto1.pdf	18/04/2017 20:52:05	KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 10 de Agosto de 2017

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa Cemitério dos Esquecidos: da noção de periculosidade como fundamento de manutenção das medidas de segurança e da desinternação a partir da aplicação da Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça à luz do Estado Democrático de Direito, da pesquisadora Karinny Guedes de Melo Vieira. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a analisar a aplicação do instituto jurídico da medida de segurança.
2. A importância deste estudo é a de colocar em foco uma população invisível, que diz respeito justamente aos pacientes que vivem em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: verificar se a aplicação das medidas de segurança, nos moldes atuais, respeita os direitos humanos dos internos.
4. A coleta de dados começará em julho-agosto/2017 e terminará em novembro/2017.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: realização de entrevistas com Membros da Justiça (juiz, promotor e defensor); análise documental dos processos judiciais e prontuários médicos dos pacientes do Centro Psiquiátrico Judiciário; visitas ao Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy para realização de entrevistas e entrega de questionários aos funcionários.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: realização de entrevistas ou entrega de questionário.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: Nos termos da Resolução Nº 466/12 CNS e 510/16, a pesquisa não acarretará riscos graves. Na verdade, os riscos são mínimos. As pessoas que responderão os questionários são maiores de idade, atuantes no Poder Judiciário ou funcionárias do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy. Ainda, pode ocorrer inibição ou certo constrangimento dos funcionários diante da pesquisadora, ou então receio de a dissertação de mestrado trazer algo negativo em relação ao trabalho. Para minimizar estas questões, a pesquisadora explicará detalhadamente o trabalho que pretende desenvolver, bem como oferecerá o apoio necessário para evitá-los, como envio da dissertação de mestrado quando finalizada e apresentada para os pesquisadores. A pesquisadora se compromete a não constranger o membro que não deseja participar da pesquisa ou responder o questionário, deixando-o livre para aderir ou não à pesquisa.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: contribuir para a pesquisa e desenvolvimento de uma dissertação de mestrado que, futuramente, se transformará em uma publicação, uma vez que não há tantos trabalhos publicados no Brasil sobre o tema.
9. Você poderá contar com a seguinte assistência: toda assistência necessária, sendo responsável(is) por ela: Karinny Guedes de Melo Vieira.
10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: UNIVERSIDADE FEERAL DE ALAGOAS

Av. Lourival Melo Mota, s/n

Tabuleiro dos Martins

CEP 57072-900

Maceió-AL

TEL: 82 – 3214-1908

Ponto de referência: Próximo ao Hospital Universitário

Contato de urgência: Sr(a). Karinny Guedes de Melo Vieira

Endereço: Rua Elói Lemos de França, nº 35, Gruta de Lourdes

Cidade/CEP: Maceió-AL, CEP 57052-880

Telefone: (82) 98843-7059

ATENÇÃO: *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio da Reitoria, 1º Andar, Campus A. C. Simões, Cidade

Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

--

**Questionário a ser realizado com os funcionários do Centro Psiquiátrico Judiciário
Pedro Marinho Suruagy**

1 – Os advogados e/ou familiares procuram este CPJ a fim de saber da situação do interno e de defendê-lo?

() NENHUM

() POUCOS

() MUITOS

() TODOS

2 – Os internos recebem visitas de familiares? Se não, quais motivos você apontaria como causadores deste fato?

() NENHUM

() POUCOS

() MUITOS

() TODOS

3 – Quais as maiores dificuldades que você enfrenta no dia-a-dia do Centro Psiquiátrico Judiciário?

4 – Você faria alguma alteração na estrutura e/ou organização do Centro Judiciário Psiquiátrico? Se sim, qual?

5 – Você concorda com o fato de que os doentes mentais que cometeram delitos sejam submetidos ao sistema penitenciário? Por quê?

6 – Você acha que há efetivamente um tratamento dos internos no CPJ ou entende que, por ser um estabelecimento penitenciário, esse tratamento fica prejudicado?

7 – Se você pudesse, gostaria de denunciar algum acontecimento ou informação sobre o Centro Psiquiátrico Judiciário? Se sim, qual?

8 – Há algo mais que você gostaria de falar que não tenha sido contemplado nas perguntas anteriores?

**Questionário a ser realizado com os psiquiatras do Centro Psiquiátrico Judiciário
Pedro Marinho Suruagy**

1 – Os advogados e/ou familiares procuram este CPJ a fim de saber da situação do interno e de defendê-lo?

() NENHUM

() POUCOS

() MUITOS

() TODOS

2 – Os internos recebem visitas de familiares? Se não, quais motivos você apontaria como causadores deste fato?

() NENHUM

() POUCOS

() MUITOS

() TODOS

3 – Quais as maiores dificuldades que você enfrenta no dia-a-dia do Centro Psiquiátrico Judiciário?

4 – Você faria alguma alteração na estrutura e/ou organização do Centro Judiciário Psiquiátrico? Se sim, qual?

5 – Você concorda com o fato de que os doentes mentais que cometeram delitos sejam submetidos ao sistema penitenciário? Por quê?

6 – Você acha que há efetivamente um tratamento dos internos no CPJ ou entende que, por ser um estabelecimento penitenciário, esse tratamento fica prejudicado?

Questionário para entrevista na 16ª Vara Criminal da Capital - Execuções Penais

O Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 527, a qual dispõe que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”. À primeira vista, legislação e súmula parecem contraditórias, tendo em vista que a lei subordina a desinternação à cessação da periculosidade. Por outro lado, o Supremo Tribunal Federal possui entendimento jurisprudencial diferente, no sentido de que a medida de segurança não pode ultrapassar o período previsto no artigo 75 do Código Penal, qual seja, de trinta anos.

1 – Qual desses parâmetros tem sido aplicado aqui na Vara de Execuções Penais?

2 – Você concorda com esse parâmetro?

3 – O que acontece quando se chega ao limite previsto na Súmula 527 e não houve a cessação da periculosidade? Ou seja, a persistência da periculosidade justificaria a manutenção de uma pessoa portadora de patologia mental no CPJ por mais tempo do que o da pena em abstrato prevista para o crime que praticou?

4 – Para onde são mandadas as pessoas que foram desinternadas, porém não têm mais vínculos familiares e sociais?

5 – Quais as maiores dificuldades que você enfrenta quando tem de tomar decisões que envolvem a medida de segurança e os doentes mentais que cometeram injustos penais?

6 – Você entende que a medida de segurança, nos moldes em que é aplicada atualmente, é compatível com os princípios constitucionais e respeita os direitos fundamentais?

7 – Você já enfrentou dificuldades para avaliar/ fundamentar-se em/ emitir parecer baseado em/ decidir sobre um exame de sanidade mental ou de cessação de periculosidade? Se sim, qual?

8 – Os peritos responsáveis pela elaboração dos exames os realizam de forma adequada e aprofundada?

9 – Você concorda com o fato de que os portadores de doença mental que cometeram injustos penais sejam submetidos ao sistema penitenciário? Por quê?

10 – Que fatores você apontaria como causadores da situação de invisibilidade dos internos submetidos à medida de segurança, em comparação, por exemplo, à realidade vivenciada pelos presos?

11 – Você faria alguma alteração no instituto jurídico da medida de segurança? Se sim, qual?

12 – Há algo mais sobre o qual você gostaria de falar, que envolva a medida de segurança, mas que não tenha sido contemplado pelas perguntas anteriores?

Apenas para o JUIZ:

13 – Você já decidiu de forma contrária ao que havia sido concluído pelo perito em um exame?

Apenas para o DEFENSOR:

14 – Você é responsável pela defesa da maioria dos internos ou tem notícia de advogados particulares atuando nos processos?

15 – Muitas famílias de pacientes o procuram para que defenda seus parentes ou a maioria parece os abandonar?



PODER,
JUDICIÁRIO
DE ALAGOAS

Juízo de Direito da 16ª Vara Criminal – Execuções Penais

Ofício nº 1008/2017 – 16ª VEP

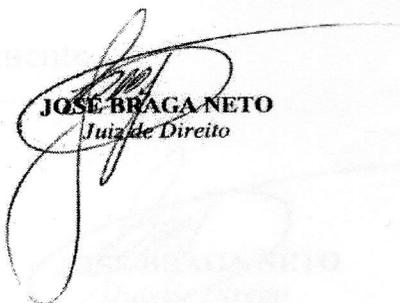
Maceió/AL, 11 de julho de 2017.

A
Faculdade de Direito de Alagoas/UFAL
Profa. Dra. Maria da Graça Marques Gurgel
Professora da FDA/UFAL
Nesta

Senhora Professora Doutora,

Atendendo à solicitação contida no ofício nº 01 PPGD/FDA/UFAL/2017, autorizo à mestranda **KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA**, do Curso de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, a realizar trabalho de pesquisa de campo referente ao seu Trabalho de Dissertação de Mestrado nas dependências do Centro Psiquiátrico Pedro Marinho Suruagy, nos termos do citado ofício.

Atenciosamente,


JOSE BRAGANETO
Juiz de Direito



PODER,
JUDICIÁRIO
DE ALAGOAS

Juízo de Direito da 16ª Vara Criminal – Execuções Penais

Ofício nº 275/2017 – 16ª VEP

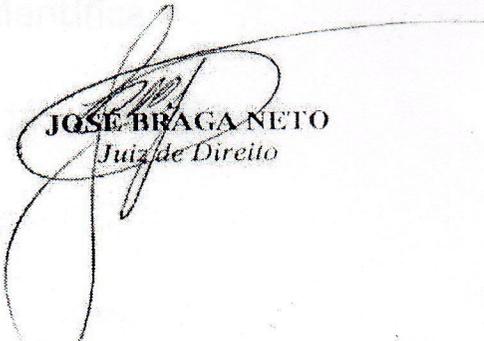
Maceió/AL, 11 de Abril de 2017.

Ao Excelentíssimo Senhor
Marcos Sérgio de Freitas Santos – Ten Cel QOC PM
Secretário de Estado de Ressocialização e Inclusão Social - SERIS

Senhor Secretário,

Atendendo à solicitação contida no ofício nº 01 PPGD/FDA/UFAL/2017, com cópia em anexo solicito a Vossa Excelência que autorize a mestranda **KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA**, do Curso de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, a realizar trabalho de pesquisa conforme solicitado no ofício citado.

Atenciosamente,


JOSE BRAGANETE
Juiz de Direito

RECEBIMENTO

Recebido(s) nesta data.

Maceió, 12 de Abril de 2017.

Escritório

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO PÚBLICO**

Ofício Nº 01 PPGD/FDA/UFAL/2017.

28 de março de 2017.

Ao Excelentíssimo Senhor Dr.

JOSÉ BRAGA NETO,

Juiz de Direito da 16ª Vara Criminal da Capital – Execuções Penais.

Senhor Juiz,

Solicito autorização para que a mestranda **KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA**, do Curso de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Alagoas, realize visitas às dependências do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, a fim de desenvolver pesquisa de campo referente ao Trabalho de Dissertação de Mestrado intitulado **CEMITÉRIO DOS ESQUECIDOS: DA NOÇÃO DE PERICULOSIDADE COMO FUNDAMENTO DE MANUTENÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E DA DESINTERNAÇÃO A PARTIR DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 527 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA À LUZ DO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO**. Para tanto, necessita visitar as dependências do Centro Psiquiátrico Judiciário, entrevistar servidores/as, ter acesso aos prontuários dos pacientes, bem como aos seus processos que tramitam na 16ª Vara Criminal da Capital – Execuções Penais, para consulta no local.

Ressalto que todos os dados e informações coletados serão utilizados para fins de pesquisa científica.

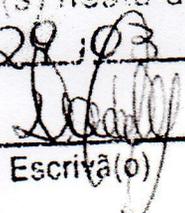
Agradeço desde já a atenção.

Atenciosamente,

RECEBIMENTO

Recebido(s) nesta data.

Maceió, 28/03/2017.



Escrivã(o)

Profa. Dra. Maria da Graça Marques Gurgel

Professora da FDA/UFAL

Orientadora



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO PÚBLICO

Ofício Nº 02 PPGD/FDA/UFAL/2018.

21 de fevereiro de 2018.

Ao Excelentíssimo Senhor Dr.

JOSÉ BRAGA NETO,

Juiz de Direito da 16ª Vara Criminal da Capital – Execuções Penais.

Senhor Juiz,

Solicitamos autorização para que a mestranda **KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA**, do Curso de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Alagoas, a fim de dar suporte à pesquisa de campo referente ao Trabalho de Dissertação de Mestrado intitulado "Cemitério dos Esquecidos: da noção de periculosidade como fundamento de manutenção das medidas de segurança e da desinternação a partir da aplicação da Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça à luz do Estado Democrático de Direito", realize visitas ao Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, ocasião em que poderá tirar cópia ou fotografar quaisquer documentos que se encontrem na referida instituição, tais como livros de registros de inspeções, livros de registro de visitas, dentre outros.

Ressaltamos que todos os dados e informações coletados serão utilizados para fins de pesquisa científica. Agradecemos desde já a atenção.

Atenciosamente,

Karinny Guedes de Melo Vieira

Mestranda em Direito Público – FDA/UFAL

karinny_guedes@hotmail.com

99969-0972

Profa. Dra. Maria da Graça Marques Gurgel

Professora da FDA/UFAL (Orientadora)

gracagurgel@uol.com.br

99997-7251

Faculdade de Direito de Alagoas
Programa de Pós-Graduação em Direito

Despacho

- 1. Deferir o requerido, desde que haja esmentamento das custódias.*
- 2. Oficiar-se a CCGP para as devidas providências e fiscalização.*

Melo, 22/02/18



Juízo de Direito da 16ª Vara Criminal da Capital / Execuções Penais
Campus Universitário A C Simões – UFAL, BR 104, KM 97,6 – sn, Maceió/AL CEP: 57072-970, Tabuleiro dos Martins, - CEP 57045-900, Fone: 82-4009-5731, Maceió-AL - E-mail: vcriminal16@tjal.jus.br

Ofício nº 558/2018 – 16ª VEP

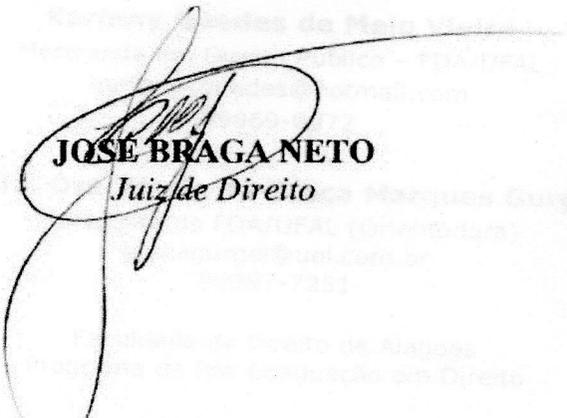
Maceió/AL, 22 de Fevereiro de 2018.

Ao Ilustríssimo Senhor
GUSTAVO LIMA SILVA MAIA – Ten Cel QOC PM
Chefe Especial de Gestão Penitenciária - CEGP

Senhor Chefe,

Através do presente, informo a Vossa Senhoria que autorizo a realização de Pesquisa de Campo no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy -CPJPMS, intitulada “Cemitério dos Esquecidos”, pela mestrand **KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA** do Curso de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, possibilitando à mestrand tirar cópia ou fotografar quaisquer documentos que se encontrem na referida instituição que sejam objeto da citada pesquisa científica, na forma requerida através do ofício nº 02 PPGD/FDA/UFAL/2018 (anexo), desde que haja a devida fiscalização.

Atenciosamente,


JOSE BRAGA NETO
Juiz de Direito



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO PÚBLICO**

Ofício Nº 01 PPGD/FDA/UFAL/2018.

08 de fevereiro de 2018.

Ao Excelentíssimo Senhor Dr.

JOSÉ BRAGA NETO,

Juiz de Direito da 16ª Vara Criminal da Capital – Execuções Penais.

Senhor Juiz,

Solicitamos autorização para que a mestranda **KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA**, do Curso de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Alagoas, e o fotógrafo **VÍTOR MENEZES DE VASCONCELOS** realizem visitas ao Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy para fotografar as dependências da instituição, a fim de dar suporte à pesquisa de campo referente ao Trabalho de Dissertação de Mestrado intitulado "Cemitério dos Esquecidos: da noção de periculosidade como fundamento de manutenção das medidas de segurança e da desinternação a partir da aplicação da Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça à luz do Estado Democrático de Direito". Saliente-se que os rostos dos pacientes não aparecerão nas fotografias, a fim de garantir a privacidade.

Ressaltamos que todos os dados e informações coletados serão utilizados para fins de pesquisa científica. Agradecemos desde já a atenção.

Atenciosamente,

Karinny Guedes de Melo Vieira
Mestranda em Direito Público – FDA/UFAL
karinny_guedes@hotmail.com
99969-0972

Profa. Dra. Maria da Graça Marques Gurgel
Professora da FDA/UFAL (Orientadora)
gracagurgel@uol.com.br
99997-7251

Faculdade de Direito de Alagoas
Programa de Pós-Graduação em Direito



PODER,
JUDICIÁRIO
DE ALAGOAS

Juízo de Direito da 16ª Vara Criminal – Execuções Penais

Ofício nº 548/2018 – 16ª VEP

Maceió/AL, 20 de Fevereiro de 2018.

Ao Ilustríssimo Senhor
Gustavo Lima Silva Maia – Ten Cel QOC PM
Chefe Especial de Gestão Penitenciária - CEGP

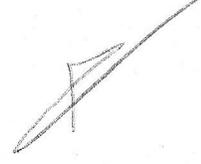
Senhor Chefe,

De ordem do MM. Juiz de Direito da 16ª VEP, Dr. José Braga Neto, informo a Vossa Senhoria, que foi autorizado a realização de Pesquisa de Campo a ser realizada no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy -CPJPMS, intitulada “Cemitério dos Esquecidos”, pela mestrand **KARINNY GUEDES DE MELO VIEIRA** e o fotografo **VITOR MENEZES DE VASCONCELOS**, do Curso de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, solicitado através do ofício nº 01 PPGD/FDA/UFAL/2018, desde que haja o consentimento dos custodiados e com fiscalização.

Atenciosamente,

Cicero Lopes de Omena

EX1307



Maceió/M, 09 de novembro de 2010, Inspeção do Conselho Nacional de Justiça acompanhado dos senhores Juiz de Execuções Penais, Defensor Público da Vara de Execuções Penais, do Juiz Auxiliar do CNJ e peritos do CNJ.

Daniel de Melo Martins - JUIZ - CNJ

[Handwritten signature]

- JUIZ - EXECUÇÃO

- Defensor Público

Ronildo Albrecht

- Servidor CNJ.

Maceió, 29 de dezembro de 2010, houve inspeção do promotor da Vara de Execuções Penais Sr. Cyro Blatter Porém não houve assinatura de mesmo, que no momento não estava no local designado pela direção - qual O horário de chegada foi às 09:05hs.

x [Handwritten signature]

Em 11 de janeiro de 2011 foi vista a informação acima onde consta que o Dr. Cyro ~~Blatter~~ Blatter não assinou este livro, pois a Direção local não tinha designado local para o mesmo assinar. Porém o que realmente aconteceu, foi que o presente livro de Inspeção não se encontrava na mesa do fiscal do dia, local este anteriormente determinado por esta direção para a verificação do mesmo. Portanto, o Promotor de Justiça realizou a inspeção, mas não fez constar neste livro por negligência da equipe do dia 29 de dezembro de 2010.

Maceió, 25 de Março de 2011, houve inspeção do Conselho Estadual de Segurança, com os seguintes membros: Everaldo Patriota e Cláudia do Amorim. Acompanhados também do seguinte. Pm. Meneses. Ambos chegaram às 11:55 da manhã. A citada inspeção foi acompanhada pela Gerente Geral Danielle Lopes.

x Everaldo Bezerra Patriota

x Cláudia Mouriz do Amorim

x Josi Robit. Mouriz

x Helio Humberto Silva - FISCAL CPJ.

MACEIÓ, 30 DE MARÇO DE 2011, HOUVE INSPEÇÃO DO DEFENSOR PÚBLICO RICARDO MELRO CUJO O MESMO FAZ PARTE DO CONSELHO PENITENCIÁRIO O MESMO FEZ UMA INSPEÇÃO NESTA UNIDADE ACOMPANHADO DA GERENTE GERAL. ENTRADA 11:40, SAÍDA 13:20

x - R. L. M.

Helio Humberto Silva - F.2 CPJ.

MACEDÓ, 18 DE MAIO DE 2011, HOVE INSPEÇÃO DA CONREGAÇÃO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA, COM A PRESEÇA DO HENRYON SENAL E ADJUNTO DA SUP, ALÉM DO DESEMPENHADOR JAMES MAGALHÃES E SEUS ACESSÓRIOS. ACOMPANHADO TAMBÉM PELA CEREJE CENAL HEITA UNIDADE E DO PROMOTOR UYAS BLATTA E DO JUIZ BRAGA NETO. CHEGARAM ÀS 11:50

x *[Handwritten signature]* Promotor de Justiça
James Magalhães - Promotor de Justiça

Macedo, 28 de Junho de 2011, Hove inspeção do Ministério Público no fórum de Iti Federal nº 7210/89.

[Handwritten signature] Promotor de Justiça

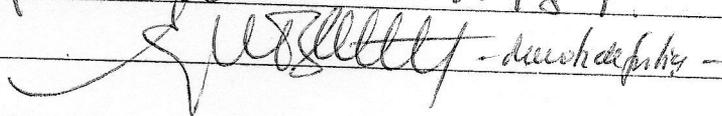
Macedo, 22 de Julho de 2011, hove inspeção do juiz da Vara de Execução Penal Braga Neto, acompanhado dos Cerejes desta unidade. Entrada 10:40, saída 10:50

x *[Handwritten signature]*
Juliano Bitencourt

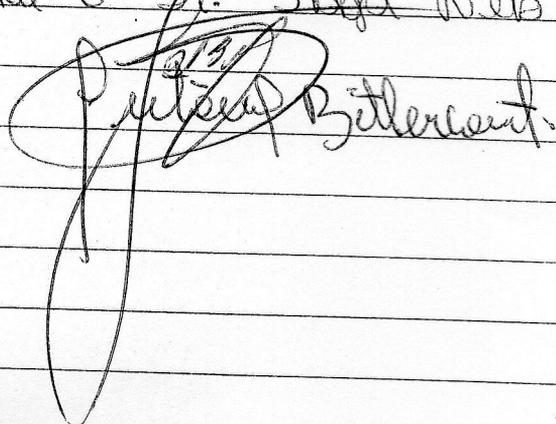
Antonio Emanuel Jun. Sena

Adalberto Oliveira - FISCAL

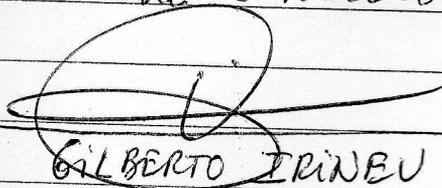
Maceió, 24 de Janeiro de 2012, esteve nesta unidade o Dr. Ciro Eduardo Blatter Moreira, Promotor de Justiça, na forma da Lei 7210/89.

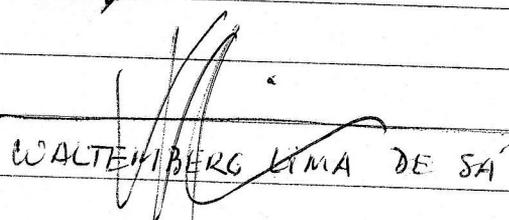
 - duvidoso -

Maceió, 26 de Janeiro de 2012, estiveram nesta unidade o Dr. Braga Neto, Dr. Antonio Bitencourt

 Bitencourt.

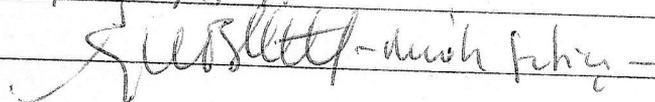
Maceió, 16 de fevereiro de 2012 os Srs: Gilberto Trineu RG 1492584 AL e Waltemberg Lima de Sá RG 1329626 estiveram nesta Unidade realizando inspeção, na qualidade de Conselheiros Penitenciários.


GILBERTO TRINEU


WALTEMBERG LIMA DE SÁ

Foram acompanhados pela Gerente Administrativa Vanessa P.S. Oliveira e pelo Gerente Serviços Penais Mauricio de Andrade Amorim. Entrada 10:00 horas saída 11:45: hora.

Maceió, 28 de Fevereiro de 2012, esteve nesta unidade o Dr. Ciro Eduardo Blatter Moreira, Promotor de Justiça, na forma da Lei 7210/89.

 - duvidoso -

Maceió, 29 de Fevereiro de 2012, houve inspeção do juiz da Vara de execução Penal Braga Neto, acompanhado dos Gerentes desta unidade e agentes, chegaram às 13:00hs saída 13:10hs

[Handwritten signature]

Fiscal
Adjunto Oliveira

Maceió, 14 de março de 2011 (14/03/2012). Estiveram em inspeção nesta Unidade

[Handwritten signature]
→ JOSE BRAGA NETO
JUIZ DE DIREITO

→ JAMES MAGALHÃES MENEZES
DESEM BARGADOR

→ ANTONIO JORGE MACIEL SAUND'S
ASSESSOR

[Handwritten signature]

Sendo acompanhados pela Direção Geral Danielah Lopes a Diretora Administrativa, Tatyane, o gerente de disciplina Fabricio e o fiscal da equipe A, Wilton.
Das 9:40hs às 10:00 hs

Maceio, 15 de Março de 2012, houve inspeção do Promotor de justiça Srº Flavio e seu acessor nesta unidade C.P.J. chegaram às 11:25 hs. saíram às 11:40 hs.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
- Visita - residência de família Renda Lúcio.
[Handwritten signature]

↓ Correspondente ao dia 29 de Maio de 2012; visita feita pelo juiz Bragz Neto (16º U.E.P)

Maceio 04 de Junho de 2012, houve inspeção do Promotor de Justiça Pineda Anderson Carlos Silva Alves. Chegada às 10:00. Acompanhado do Assessor Ubajos. Visita acompanhada pelo gerente penal Marcia. Saída 10:13.

Promotor: *[Handwritten signature]*
Anderson Carlos Silva Alves

Maceio, 19 de Julho de 2012, houve inspeção do C.P.J. chegado às 15:10h. Comissão composta pelos Srs.: Oscaudino Garcia, Valdirine Daufembach, Juana Leonete Tomboil, Zefa Costa Karolina Costa. A inspeção foi acompanhada do Gerente Geral Donielah Lopes e do Gerente da DO Luciano Gonçalves. Saída às 16:30h.

[Handwritten signature]
Valdirine Daufembach

Maceió, 03 de agosto de 2012, houve inspeção do juiz da vara de execuções penais José Braga Neto e seus acesores, acompanhado pelo fiscal juiz Henrique, às 17:00hs

Ps: Ministério Público de Alagoas - 6ª Promotoria Criminal

→ JOSÉ BRAGA NETO

CIRO BLATTER

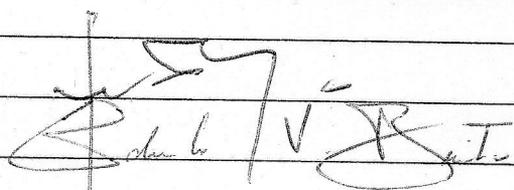
Maceió, 12 de Setembro houve inspeção do Promotor Ministério Público de Alagoas e seus acesores

Cm: 13504 SA: 14104

CIRO BLATTER

Maceió, 25 de Outubro houve inspeção do Conselho Penitenciário representado por Francisco Torres e Eduardo Brito, acompanhado pelo auxiliar de fiscal, às 09:25 da manhã

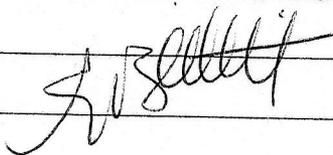
Francisco Torres



Maceió 06 de Novembro, inspeção do D.A.L. Departamento de Apoio Logístico, chefiado por Capitão Manoel Albuquerque, o 1º Tenente Moisés e o Cabo Edmo.

Moisés J.C. L.A. - 1º Ten PM
Bateria Terceira de Armas CB PM

Maceió 06 de agosto de 2012, inspeção do Ministério Público - Gracis Almeida,



Maceió 18 de fevereiro de 2013

Estava nessa unidade quando as defesas da mesma foram suplantadas Coronel Juma, acompanhado pela Major Sérgio e Cíntia. As 13:45, acompanhado pela gerente geral Daniela.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
PM
Superintendente

Maceió, 03 de

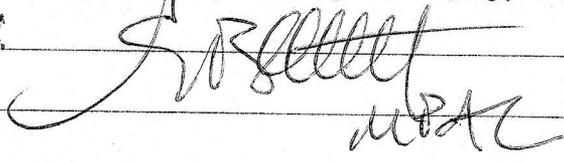
Maceió 26 de Fevereiro de 2013, houve inspeção do Juiz da Vara de Execuções Penais, José BRAGA NETO, acompanhado pelo CAPITÃO ANÍSIO. As 14:11 hs.

[Handwritten signature]

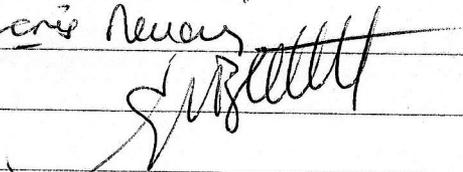
Maceió 06 de Março de 2013, houve inspeção de um grupo de Defensores públicos.

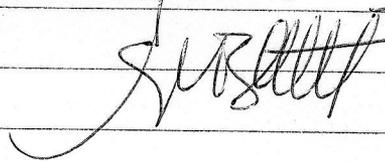
[Handwritten signature]
José Ricardo Buzo de Castro

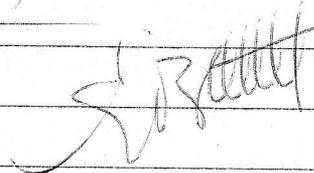
[Handwritten signature]
Delegado RIZZATO

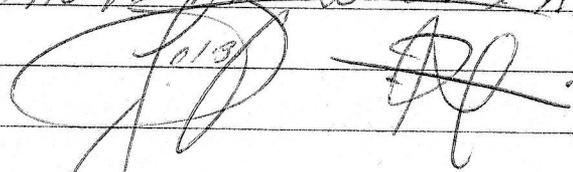
- Maceió, 02 de Abril de 2013, estive na
unidade:  Ministério Pub
MPA

- Maceió, 03 de Maio de 2013, estive na unidade e fiz de da
de execução Penal Dr. José Bressaneto.

Maceió, 10 de Maio de 2013 estive na unidade
Cyro Blatter - Promotor de Execuções Penais


Maceió, 25 de Junho de 2013 estive na unidade
Cyro Blatter - Promotor de Execuções Penais


Maceió, 24 de Outubro 2013, estive na
unidade o Sr. CYRO BLATTER - Promotor Execuções Penais
R\$ 26.004


Maceió, 26/11/2013, estive na unidade o Sr. Fábio
Mota, Bruno Vinícius Soares e auxiliares


Maceió, 26/11/2013, visita do Conselho
da Comarca de Execuções Penais da Co-
marca de Maceió/Al.
Vozes Maceió

- Maceio, 03 de Fevereiro de 2014, houve inspeção Promotor de Justiça, Dr. Carlos Baltar Jnior. chegou às 10:40h. saiu às 10:50h.

[Handwritten signature]

- Maceio, 29 de Abril de 2014

F. species do Promotor de Justiça, Cyro Blatter. chegou às 10:45h. saiu às 11:15h.

[Handwritten signature]

~~(MACEIO, 14 DE MAIO)~~

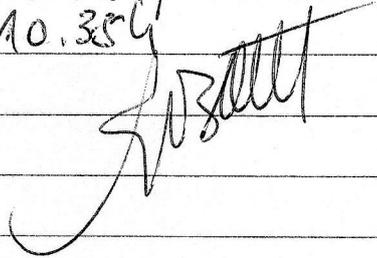
- MACEIO, 14 DE MAIO DE 2014, ESTEVE NA UNIDADE PRISIONAL, CPJPMS, O PROMOTOR DE JUSTIÇA, DR. CYRO BLATTER, CHEGANDO ÀS 13:00 HS PARA FALAR COM A GERENTE GERAL, DANIELAN LOPES, SAINDO ÀS 13:20 HS.

[Handwritten signature]

Maceio, 15 de maio de 2014, esteve nesta unidade de prisional, CPJPMS, o promotor de justiça Dr. Cyro Blatter, chegando às 10:00h, para falar com a gerente geral, Danilahn Lopes, saindo às

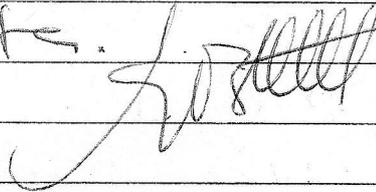
Marcio 15 de julho de 2014

Estive nesta unidade prisional CPSPMS
O promotor de justiça Dr. Cyro BLATTER, chegando
às 10:00h para falar com a gente Daniloh, logo
saíndo às 10:35h



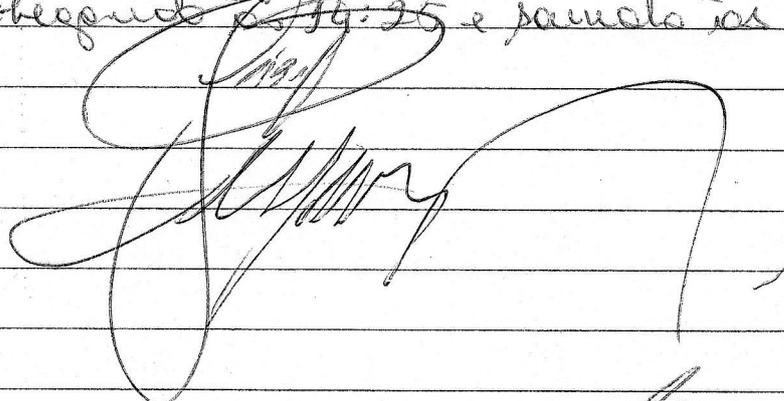
Marcio, 24 de fevereiro de 2017

Inspeção do Ministério Público - Execução
Necrópsica de dados.



Marcio, 01 de Outubro de 2014

Estive nesta unidade uma Comissão presidida pelo Dr.
Maurício Farias e pelo juiz de Voto de Execuções Dr. José
Braga Neto. Chegando às 19:25 e saindo às



01 - ALEXANDRE CONTINHO - FORÇA NACIONAL

AUGUSTO FERREIRA GASTALPPI

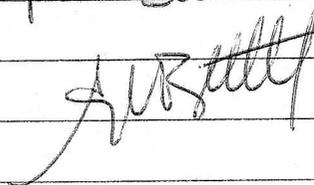
Comandante do SPT

Força Nacional

Elisio Marini Junior M.P.A.

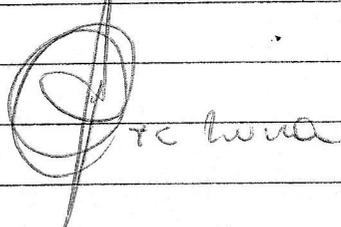
Maceió, 24 de Outubro de 2014

Estive nesta unidade CPJPMs o promotor de justiça Dr. Cyro Blatter, chegando às 11:35h para falar com a Gerente Geral Danielah Lopes. Saído às 11:40h;



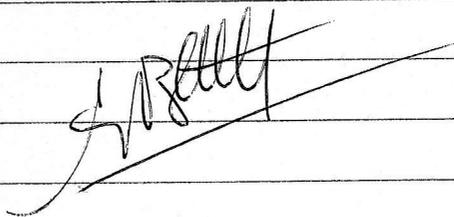
Maceió, 28 de outubro de 2014

Estive nesta unidade CPJPMs o SECRETÁRIO DA SERIS Cel. Carlos Lima, chegando às 09:20h e saído às 09:40h



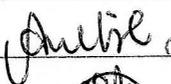
Maceió, 25 de novembro de 2014

Estive nesta unidade CPJPMs o Promotor de Justiça Dr. Cyro Blatter, chegando às 15:30h para falar com a Gerente Geral Danielah Lopes. Saído às 15:45h.



Maceió, 25 de Fevereiro de 2015

Estive nesta unidade CPJPMs, a comissão do Juizado de violência contra a mulher.

* Arnelize Lobão 

* Charlene Souza 

* Carolina Monteiro 

- Maci, 16 de Abril de 2015.

Estive nesta unidade CPJ PMS e comissão do Conselho de Segurança e dos Direitos Humanos para visitar esta unidade (suspecto). Chegado às 10:00h e saindo às 11:30h.

* Quando fezt. de Trquez

Paula Simony Leopus

11:50

~~Roberto Dwyd~~

11:50

Fernando Feres de

Jon gr 11:50

Maci, 23 de Maio de 2016.

Inspecção conjunta do Conselho de Segurança do Estado de Minas, na pessoa de seu Presidente Antonio Carlos Santos e Conselho Penitenciário na pessoa do Conselho Dist. de Minas de Linc. em ao de Rebelo.

José Ab e D P Conselho

Maci, 28 de Novembro de 2016

- Estive nesta Unidade CPJ PMS, uma comissão do Conselho de Segurança composta por: Fernando Teles, Cel. Paulo Marques, Rafael Ricci e Valdemar Felipe;

Chegada: 10:30hs - Saída: 11:00hs

x Fernando Teles

x Paulo Marques

x Rafael Ricci

x Valdemar Felipe

Fernando ROP

Mació, 18 de Dezembro de 2017. às 12:31hs.

Esteve nesta Unidade, comissão formada pelos juizes Jose Braga Neto e Geraldo Amouim, da vara de Execuções Penais e Corregedoria do TJ, respectivamente.

Perapto Lavakante A.O.T.

x
x
x
x

Mació 19 de Janeiro de 2018.

As 13:55 estiveram nesta unidade o Senhor Lyra e Rosane Teixeira, ambos da Corregedoria de Justiça do Estado, Para uma inspeção, saindo às Observaç: acompanhados pelo fiscal de dia Junior Almeida MAT 53237-1 A