



PUC

DEPARTAMENTO DE DIREITO

A NECESSÁRIA HUMANIZAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DETENTIVA

Por

JULIA BERNARDO COSTA

ORIENTADOR: Sergio Chastinet Duarte Guimarães

2020.2

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 - CEP 22451-900

RIO DE JANEIRO - BRASIL

A NECESSÁRIA HUMANIZAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DETENTIVA

por

JULIA BERNARDO COSTA

Monografia apresentada ao
Departamento de Direito da
Pontifícia Universidade Católica do
Rio de Janeiro (PUC-Rio) como
requisito parcial para a obtenção do
Título de Bacharel em Direito.

Orientador: Sergio Chastinet Duarte Guimarães

2020.2

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Antonio e Luzia, sem os quais eu não chegaria aqui, por me incentivarem a estudar e apoiarem em minhas escolhas, sempre com muito carinho.

Ao meu irmão, Cássio, por acreditar em mim.

Aos meus amigos, por ouvirem meus desabafos e me confortarem, sempre que precisei.

Ao professor Sergio Duarte, por toda sua atenção, direcionamento e debate de ideias. Sem ele, os meus pensamentos não teriam se traduzido nesta dissertação.

Muito Obrigada!

RESUMO

COSTA, Julia Bernardo. *A necessária humanização da medida de segurança detentiva*. Rio de Janeiro, 2020. 77 p. Monografia de final de curso. Departamento de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio.

Este trabalho se une a luta antimanicomial ao buscar soluções diversas do encarceramento como medida terapêutica aplicada a pessoa com transtorno mental, enfatizando o seu papel quanto àqueles que se encontram em conflito com a lei. Pretende-se sobressaltar, aos aplicadores do direito, que a reforma psiquiátrica, por meio da Lei 10.216/2001, trouxe preceitos que entendem a internação como medida excepcional, através de um modelo assistencial em saúde mental. Além disso, discute-se os parâmetros legais que determinam a execução das medidas de segurança detentiva, bem como as evoluções trazidas pela jurisprudência na aplicação desses dispositivos legais.

Palavras-Chave: medida de segurança; reforma psiquiátrica; hospital de custódia; desinternação.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 - O TRATAMENTO DA LOUCURA	13
1.1. Internação como forma de controle social	13
1.2. A criação do manicômio no Brasil	17
CAPÍTULO 2 - MEDIDA DE SEGURANÇA	19
2.1. Surgimento da medida de segurança no Brasil	19
2.2. A inimputabilidade	22
2.3. A periculosidade	24
2.4. O prazo de duração da medida de segurança	29
2.5. Medida de segurança de detenção	31
CAPÍTULO 3 - LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	37
3.1. Aplicação da Lei Antimanicomial em diretrizes no que tange a execução das medidas de segurança.....	37
3.2. Programas de desinternação no Brasil.....	42
3.2.1. Programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental infrator (PAI-PJ).....	42
3.2.2. Programa de atenção ao louco infrator (PAILI).....	44
CAPÍTULO 4 - ANÁLISE DAS DECISÕES DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO	48
4.1. A medida de segurança e a cura	48
4.2. A escolha do tratamento com base na pena abstratamente cominada do delito	50

4.3. O laudo de cessação de periculosidade como necessário para a extinção da medida de segurança	53
4.4. O portador de transtornos mentais como sujeito de direitos e garantias.....	55
CAPÍTULO 5 - OUTRAS MANEIRAS DE SE PROMOVER A SAÚDE MENTAL SEM O “ENCARCERAMENTO” DE CORPOS .	57
CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXO 1.....	73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Internação, PAILI	46
---	----

LISTA DE ABREVIações

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

LEP - Lei de Execuções Penais

CP - Código Penal

CF - Constituição Federal

PAILI - Programa de Atenção ao Louco Infrator

PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator

EMPAP - Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial

EVCP - Exame de verificação de cessação de periculosidade

ATP - Atenção Primária à Saúde

MP - Ministério Público

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

STJ - Superior Tribunal de Justiça

STF - Supremo Tribunal Federal

CNPCP - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

MNPCT - Mecanismo de Prevenção e Combate a Tortura

PFDC/MPF - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal

TJRJ - Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro

TJMG - Tribunal de Justiça de Minas Gerais

CEPAIGO - Centro Penitenciário de Atividades Industriais do Estado de Goiás

VEP - Vara de Execuções Penais

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

PTS - Projeto Terapêutico Singular

EAP - Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas

Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei

SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Só há tratamento possível quando há
liberdade.

Franco Basaglia

INTRODUÇÃO

O presente trabalho se propõe a refletir sobre a porta de “entrada” da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei aos manicômios judiciários – renomeados como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – considerando a vigência da Lei Antimanicomial e os princípios da reforma psiquiátrica. O principal objetivo é discutir como a reforma psiquiátrica e a Lei Antimanicomial vem afetando o Direito Penal no que tange as medidas de segurança, além disso, debater o tratamento legal direcionado as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei penal. O ponto central é perceber que a luta antimanicomial não chegou aos manicômios judiciários, visto que eles não foram abolidos da prática penal. No entanto, examina-se em que medida o movimento antimanicomial afetou o tratamento que o direito penal dá àquele que entende como *louco infrator*, bem como as possibilidades de dar fim a prática de internação. O meu interesse nesse tema surgiu ao longo da minha formação em Direito, em especial por ser interdisciplinar, além de discutir sobre pessoas excluídas e que por sua condição se tornam mais vulneráveis frente a aplicação da lei penal.

Faz-se necessário refletir sobre as consequências advindas da reforma psiquiátrica em relação a execução da medida de segurança, esta última seguindo ainda uma lógica de se aplicar a internação como regra. Assim, revela-se como urgente a revisão do modelo atual, sobrevivendo a necessidade de releitura quanto a execução das medidas de segurança com base no novo paradigma que reorienta o modelo de saúde mental, afastando o estigma *do louco perigoso*, pelo foco transladar da segurança pública para a saúde pública¹.

¹ MAGNO, Patricia Carlos; BOITEUX, Luciana. *Quando a luta antimanicomial mira no manicômio judiciário e produz desencarceramento: uma análise dos arranjos institucionais provocados pela defensoria pública no campo da política pública penitenciária e de saúde mental*. UNICEUB, 2018. Disponível em:

Dessa maneira, o tratamento proposto respeitaria a dignidade da pessoa humana pela não exclusão dessas pessoas com transtornos mentais do convívio social, que acabam sendo titulares apenas de deveres e não lhes é garantido quaisquer direitos, situação que é intitulada de zona dos excluídos para baixo. A Lei n. 10.216/01, é um produto dessa luta por dignidade e, para que seja aplicada no Rio de Janeiro, é necessária uma articulação de diversos saberes (psicologia, sociologia, direito e etc) na perspectiva antimanicomial para a construção de um sistema que converse entre si com o intuito de melhorar a estrutura de tratamento para a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Com o advento da Lei, produz-se uma fissura na ideia de sanções perpétuas em relação as medidas de segurança, com isso, a internação, a longo prazo, deixa de ser percebida como tratamento adequado a uma pessoa com transtorno mental. Sendo assim, pelo intuito da medida de segurança ser o de tratamento, não há nada que crie óbice ao inimputável que cometeu um delito se valer de modelos terapêuticos em paridade com os tratamentos disponibilizados a pessoas com transtornos mentais que não tenham agido em desacordo com lei, diferenciando-se, apenas, quanto a obrigatoriedade do tratamento.

A metodologia utilizada é uma análise jurisprudencial dos últimos cinco anos do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro para entender de que forma vem ocorrendo a execução da medida de segurança no Brasil com a chegada da Lei nº 10.216/01, e quais novas interpretações foram feitas em relação a aplicação das medidas de segurança de internação. Trata-se de compreender quais as justificativas jurídicas que permitem que a “porta de entrada” dos manicômios judiciários permaneça aberta e quais outros mecanismos podem substituir a internação perquirida pelo direito penal ao

se interagir, com maior robustez, com a saúde pública. Assim, este trabalho foi dividido em cinco capítulos.

O primeiro capítulo se propõe explicar o entendimento histórico de *loucura* e as respectivas expressões sociais causadas por esse entendimento. Além disso, demonstrar de que forma o sistema judiciário abarcou a *loucura* em se tratando dos casos em que essas pessoas conflitavam com a lei penal, apresentando um panorama da evolução histórica dos manicômios judiciários.

No segundo capítulo, busca-se pormenorizar o instituto da medida de segurança e as bases jurídicas sob as quais ele se apresenta como lei penal. De mais a mais, este capítulo tratará da medida de segurança de internação, objeto de estudo do presente trabalho, e, a partir desse conceito, debruçar-se sobre o estudo dos manicômios judiciários.

O terceiro capítulo tem por ideia central tratar da Lei n. 10.216/01 e a luta antimanicomial. Ademais, tem por intuito expor diretrizes no que tange a execução das medidas de segurança detentivas, com base no novo entendimento sobre formas humanizadas de tratamentos a pessoas com transtornos mentais, bem como apresentar os programas de desinternação que vem sendo aplicados de forma assertiva em alguns estados do Brasil.

No quarto capítulo, far-se-á um cotejo das decisões do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro para dirimir as justificativas jurídicas para a aplicação da medida de segurança de internação e perceber formas de que formas a jurisprudência vem se aprimorando com base na principiologia da Lei Antimanicomial.

No quinto capítulo, serão propostas novas maneiras de tratamento aos *loucos infratores*, apresentando mecanismos que já existem e para os quais as verbas públicas deveriam ser direcionadas ao invés de se investir nos manicômios judiciários, concluindo, por fim, com os novos rumos consequentes da busca por se fechar a “porta de entrada” dos manicômios judiciários.

CAPÍTULO 1 - O TRATAMENTO DA LOUCURA

1.1. Internação como forma de controle social

Inicialmente, vale ressaltar que ao se tratar dos transtornos mentais, busca-se ressignificar o termo loucura para que possa dar cabo de definir determinados transtornos mentais de forma não depreciativa, mas sim respeitosa. Dessa maneira, a doença não passa a ser olhada como um tabu de forma a excluir esse indivíduo do meio social ao, simplesmente, taxá-lo como louco. Almeja-se, com todo cuidado, redefinir uma expressão comumente usada, para que ela possa abarcar o real significado dos mais variados transtornos mentais e não mais afastar da realidade social àqueles que os “normais” se referem como loucos.

Em sua obra *História da Loucura*, Michel Foucault², apresenta os discursos sobre a loucura – do Renascimento até a Modernidade – além de retratar os deslocamentos de poder e mecanismos de controle dessas produções discursivas.

No Renascimento, há duas experiências em relação a loucura: experiência cósmica, composta pela Nau dos loucos; e experiência crítica, que trata da ligação que o homem tem consigo mesmo.

No Classicismo, a loucura passa ser considerada no que tange a razão em que o internamento vai ocupar o vazio deixado pela segregação dos leprosos. Bane-se a loucura do imaginário libertário renascentista. Passa-se a perceber a loucura como risco a sociedade, sendo tratada como “desorganização da família, desordem social, perigo para o Estado”³.

Com isso, há a segregação do louco via internamento, em que a organização social opera através da exclusão. Assim, a loucura é enxergada

² FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. Editora Perspectiva, 1972.

³ *Ibid.*, p. 91.

sob a ótica moral em que a internação viria como castigo e terapia na purificação das almas e cura dos corpos.

Por sua vez, faz-se importante ressaltar que, para além do discurso da loucura associada à internação, ao longo dos séculos XV e XVI, como resultado do aumento da crise econômico-social e à crescente urbanização, multiplicou-se o número de miseráveis nas cidades europeias. Milhares de camponeses desempregados migraram para as grandes cidades, onde viviam como mendigos.

Diante disto, surgiu um novo discurso em que se defendia a reorganização das ações de caridade. Assim, houve o recolhimento dos pobres a instituições e sua diferenciação entre pobres válidos – que podem trabalhar – e inválidos. Esses indivíduos eram recolhidos em hospitais gerais, instituições que desempenhavam um papel combinado de hospital médico, asilo, pensão, prisão, oficina de trabalho, orfanato e reformatório⁴.

Diante do exposto, essa experiência é intitulada por Foucault como “a grande internação”, período “em que o internamento se tornou maciço e as mais variadas figuras da exclusão social foram recolhidas a hospitais gerais”⁵.

Desta forma, ao tratar do Hospital Geral de Paris, criado em 1656, Foucault apresenta a crítica de que esse Hospital foi utilizado de modo a “limpar” a sociedade em um contexto de crise econômica que se presenciava em toda Europa. Assim, o executivo e o judiciário tinham o poder de determinar ordens de reclusão para que pessoas – pobres, miseráveis, vagabundos e loucos – fossem enviados ao Hospital Geral. Esse modelo, extinguiu-se no início do século XIX. Contudo, esse mecanismo teve como papel fundamental estabelecer a consciência de que o valor regulador da sociedade seria calcado pelo trabalho, passando a ociosidade

⁴ DOWBIGGIN, I. *Inheriting Madness: Professionalization and psychiatric knowledge in nineteenth-century France*. Berkeley: University of California Press, 1991. p. 3.

⁵ TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. *Pinel e o nascimento do alienismo*. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/44288/30186>. Acesso em: 27 nov. 2020.

ser considerada uma afronta a Deus, afirmando o poder da burguesia. Para Foucault, esse Hospital nada tem a ver com uma política de assistência em saúde, mas sim de “uma instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França nessa mesma época”⁶.

Já na Modernidade, iniciando-se em período que antecede a Revolução Francesa, individualiza-se a loucura. Ademais, evidencia-se que somente com a “Declaração dos Direitos do Homem”, em 1789, há a prerrogativa de que só se pode intervir na liberdade de um indivíduo em casos tipificados pela lei.

Desse modo, surge a psiquiatria positiva⁷ que opera por meio do reconhecimento objetivo e médico quanto a identificação e análise da loucura com base em uma estrutura pretérita de exclusão. Propõem-se um internamento a partir de uma lógica de liberdade organizada com finalidade de recuperação do sujeito. Dessarte, esse modelo de aprisionamento terapêutico permite um maior controle social do louco.

Assim sendo, surge o alienismo que se popularizou no final do século XIX e passou a distinguir os loucos como aqueles indivíduos incapazes de se portar em acordo aos cânones sociais, justificando o asilo de alienados. Como forma de controlar esses indivíduos, subordinou-se a loucura ao saber médico em que se autorizou o confinamento nos asilos com duas funções básicas: de um lado proteger e cuidar do louco e de outro salvaguardar a sociedade desses indivíduos desviantes. Assim, o alienado que não seguisse as normas da burguesia que estava em ascensão, seria isolado para receber uma cura por meio do tratamento moral.

Foucault afirma que o alienismo, em sua formação, buscou à dominação do louco bem como sua neutralização, submetendo-o ao poder terapêutico e de adestramento. Em 1983, Foucault irá definir essa estrutura disciplinar como sendo: “Esses métodos que permitem o controle

⁶ FOUCAULT, 1972, p. 60.

⁷ Ibid., p. 431.

minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade, são o que podemos chamar de "disciplinas"⁸.

Percebe-se, então, que espaço da loucura e dos loucos, no decorrer da modernidade, foi o da exclusão, sendo esses indivíduos mantidos fora do convívio social. Esse tratamento aos loucos sofreu duras críticas na passagem do século XIX para o XX por parte dos médicos, filósofos, historiadores e entre outros profissionais.

Além disso, os padrões de normalidade fizeram diversas vítimas em decorrência das práticas psiquiátricas que visavam manter os indivíduos que não se encaixassem nesse padrão fora do convívio social.

Conforme afirma Goffman⁹, os hospícios, bem como as prisões, se amoldam ao conceito de instituição total, que se define:

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.

Nessas instituições há uma diferenciação clara entre os que são controlados daqueles que supervisionam as atividades. O indivíduo que é submetido a tais instituições, gradativamente, vai perdendo a identidade que trazia consigo antes da internação, assumindo apenas a identidade de interno.

Assim, resta-se clara a relação de opressão e violência em face desses indivíduos, havendo uma divisão clara entre o poder e o não-poder que se traduz em uma exclusão do segundo pelo primeiro¹⁰.

Por fim, Foucault enfatiza que:

⁸ FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. RAMALHETE, Raquel (Trad.). Rio de Janeiro: Petrópolis/RJ; Vozes, 2013. p. 126.

⁹ GOFFMAN, Erving. *Manicônios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974. p. 11

¹⁰ BASAGLIA, Franco (Coord.). *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª ed. JAHN, Heloisa (Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 101.

Em toda sociedade, a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade¹¹.

1.2. A criação do manicômio no Brasil

Com o aparecimento das sociedades liberais, houve a aproximação entre de crime e loucura que se fundamentava na reflexão de que o crime seria uma manifestação de uma doença mental ou nervosa¹².

O crime passou a ser percebido como um ataque à sociedade e uma ruptura ao contrato social o que ensejaria em um ataque a si mesmo, sendo assim, deveras irracional. Desenvolveu-se a primeira reflexão acerca da relação entre crime e loucura em casos de subversão dos valores básicos os quais estariam enraizados na “natureza humana” – parricídio, infanticidas e assassinos cruéis. Dessa forma, cabível é elucidar a problemática dos manicômios judiciários que partem do contexto acima narrado.

A loucura, então, é vista como algo imprevisível, ao longo do século XIX e, assim, seria perigosa. Logo, é imperioso demonstrar que a partir desses fundamentos estigmatizantes se deram os manicômios judiciários.

Em 21 de abril de 1920¹³, nos fundos da Casa de Correção, na rua Frei Caneca, determinou-se a construção do primeiro asilo criminal brasileiro, que seria inaugurado em 30 de maio do ano seguinte, concretizando-se com base no decreto n. 14.831, de 25 de maio de 1921 que aprovou o regulamento do manicômio judiciário.

¹¹ FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. SAMPAIO, Laura Fraga de Almeida (Trad.). São Paulo: Edições Loyola, 2012. p. 8-9.

¹² CARRARA, Sergio. *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. p. 68.

¹³ *Ibid.*, p. 194.

O assassinato de Clarice Índio do Brasil¹⁴ em 1919, e, em 1920, a fuga dos internos da Seção Lombroso do Hospital Nacional de Alienados, ensejariam, segundo Carrara, na construção do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. Os fatos mencionados instigaram uma maior discussão entorno de propostas para os cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Ademais, no século XX, o manicômio judiciário foi adotado em vários Estados do país: Barbacena (MG - 1929); Franco da Rocha (SP, em 1933). O senso de 2011 que trata da custódia e tratamento psiquiátrico¹⁵ no Brasil, estabeleceu o total de 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (23 HCTPs e 3 ATPs). Com a reforma penal de 1984, o manicômio judiciário adquire nova roupagem e é renomeado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, para cumprir as mudanças feitas no Código Penal Brasileiro e na Lei de Execução Penal.

¹⁴ Esposa de um Senador da República e figura conhecida da alta sociedade carioca, ela levou um tiro à queima-roupa na Av. Rio Branco e morreu no dia seguinte. A possibilidade de absolvição do assassino fez a imprensa se engajar na luta pela criação de um manicômio judiciário.

¹⁵ DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*. Censo 2011. Brasília: Editora UNB, letras livres, 2013. Disponível em: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiuqiatrico_no_brasil_censo2011.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.

CAPÍTULO 2 - MEDIDA DE SEGURANÇA

2.1. Surgimento da medida de segurança no Brasil

No Brasil, em 1830, com o Código Criminal do Império, descreve-se pela primeira vez o modo como os doentes mentais deveriam ser tratados, o Código ainda estabelecia que os doentes mentais não deveriam ser julgados como criminosos.

Assim sendo, segundo Anibal Bruno¹⁶ as medidas de segurança “nasceram de exigências práticas da vida. Foram surgindo como providências fragmentárias, nesta ou naquela legislação, para atender às imposições mais urgentes da prevenção da criminalidade”.

A medida de segurança possui natureza preventivo-curativo, preventivo para a sociedade e curativo para o indivíduo. Ademais, deve ser entendida como uma espécie de sanção penal, como se posicional Pierangeli e Zaffaroni¹⁷, visto que sempre que se tira a liberdade de um indivíduo, em virtude de uma conduta por ele praticada, ainda que terapêutica, para quem sofre não deixa de ter o conteúdo penoso. Assim, pouco importando o nome dado e sim o efeito gerado.

No Código Penal de 1940, adotou-se o sistema de duplo-binário – como explicita René Ariel Dotti em *Visão geral da medida de segurança*, advém da expressão italiana *doppio binário*, que significa duplo trilho ou dupla via¹⁸ – em que havia a possibilidade de aplicação da pena e da medida de segurança conjuntamente, o que feria o princípio do non bis in idem.

Com o advento da Lei nº 7.209/1984, reforma-se a parte geral do Código Penal e, no que tange a aplicação da medida de segurança, passou a se aplicar o sistema vicariante no qual se escolheria entre a pena (réu

¹⁶ BRUNO, Anibal. *Direito Penal*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 1967. p. 257.

¹⁷ NUCCI, Guilherme de Souza. *Manual de Direito Penal*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020. p. 768.

¹⁸ *Ibid.*, p. 765.

imputável à época do crime) ou a medida de segurança (réu inimputável à época do crime). Além disso, a presente Lei concretiza o critério de periculosidade como pressuposto da aplicação da medida de segurança.

Ademais, essa espécie de sanção penal, por lei, teria prazo indeterminado de aplicação aos inimputáveis, podendo, eventualmente, ser aplicada ao semi-imputáveis cuja periculosidade tenha sido pericialmente demonstrada, com o intuito de evitar a reincidência delitiva.

Ora, seria presumida a periculosidade quando a perícia atestasse que o réu é inimputável que se define, como dito anteriormente, como o indivíduo que não tinha condição de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com tal entendimento em razão do transtorno mental.

Assim, somente o fato de haver prova prática da infração penal seria suficiente para se entender o indivíduo como perigoso, sendo possível a reiteração, o que tornaria a medida de segurança aplicável. Desse modo, o juiz absolveria impropriamente o réu, vide art. 386, parágrafo único, inciso III do Código de Processo Penal, para a aplicação da medida de segurança.

No que tange aos semi-imputáveis, seria preciso que a perícia ateste que o agente estava privado, parcialmente, de sua capacidade de entendimento e autodeterminação em razão de transtorno mental e que haja indicativos quanto a reiteração delitiva. Assim, entende-se o exposto como periculosidade real, pressuposto que permite a substituição da pena privativa de liberdade por medida de segurança. Resta-se evidente que a natureza da sentença, neste caso, é condenatória.

A duração da medida de segurança decorre da averiguação mediante perícia médica quanto a cessação da periculosidade. Cabe ao juiz em sentença escolha do período mínimo – pode variar de 1 a 3 anos (art. 97, §1º e art. 98 do CP) para essa averiguação em que se deve considerar a gravidade da infração cometida. Após o término do prazo mínimo fixado em sentença, será repetido o exame a cada um ano, podendo o juiz da

execução, a qualquer tempo, determinar novo exame, caso demonstre a necessidade.

Há duas espécies de medidas de segurança a de tratamento ambulatorial ou a de internação. O presente trabalho se propõe debruçar sob a última, visto ser mais gravosa para a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, por privá-lo de sua liberdade, afastando-o do convívio social. É importante citar que com base no artigo 319, inciso VII do CPP, há a previsão legal de que o juiz pode decretar a medida de internação provisória quando for considerado indispensável pelo juízo.

O critério para a escolha entre a medida de segurança detentiva e a de tratamento ambulatorial se baseia na espécie de pena cominada ao delito cometido, bem como nos parâmetros previstos por lei quanto ao regime a ser aplicado em relação ao tempo de cada delito.

Contudo, é possível elucidar que ao se padronizar a aplicação da sanção penal, não considerando o tratamento médico indicado para a doença em questão, não se resolve o drama de muitos doentes mentais que poderiam ter a internação evitada.

O jurista Guilherme Nucci¹⁹, cita a seguinte jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça que acolheu a possibilidade de correção desse erro legislativo que desconsidera o tratamento adequado ao padronizar, com base em parâmetros legais, o critério de escolha entre a internação e o tratamento ambulatorial:

A medida de segurança, enquanto resposta penal adequada aos casos de exclusão ou de diminuição de culpabilidade, previstos no art. 26, caput e parágrafo único, do Código Penal, deve ajustar-se, em espécie, à natureza do tratamento de que necessita o agente inimputável ou semi-imputável do fato-crime (REsp 324091-SP, 6ª T., rel. Hamilton Carvalhido, 16.12.2003, v. u., DJ 09.02.2004, p. 211).

A execução das medidas de segurança é regulada pelos artigos 171 a 179 da Lei de Execuções Penais.

¹⁹ NUCCI, 2020, p. 768.

2.2. A inimputabilidade

A inimputabilidade é definida no artigo 26 do Código Penal, em que se lê:

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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984).

Redução de pena

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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984).

Ou seja, é isento de pena o indivíduo que, em virtude de um transtorno mental, comete fato típico e antijurídico.

A primeira menção acerca da inimputabilidade da pessoa com transtorno mental, no Brasil, deu-se no Código Criminal de 1830, art. 10. Ao juiz, cabia a escolha entre entregar o inimputável a sua família ou encaminhá-lo a locais destinados a ele (art. 12).

Ora, com a instituição do sistema vicariante, a medida de segurança passa a ser empregada apenas quando se constatar a inimputabilidade ao tempo do delito.

Desse modo, é importante tratar da Teoria Geral do Delito. A culpabilidade é composta pela potencial consciência da ilicitude, pela exigibilidade de conduta diversa e pela imputabilidade.

Por potencial consciência da ilicitude se entende como a ação perpetrada contrária ao Direito, mas que sua reprovabilidade depende que o autor da ação conheça as circunstâncias pertencentes a ilicitude, ou seja, a possibilidade de conhecimento da antijuridicidade do fato.

Em relação a exigibilidade de conduta diversa, baseia-se na expectativa social de um comportamento diferente do que foi adotado pelo autor, ou seja, que o agente – no momento da ação ou omissão – deveria agir de acordo com um direito.

A imputabilidade se relaciona a capacidade mental do agente de compreender o caráter ilícito do fato praticado e de determinar-se de acordo com isso. Como expõe Francisco de Assis Toledo:

Imputabilidade é sinônimo de atribuíbilidade. Imputar é atribuir algo a alguém. Quando se diz que determinado fato é imputável a certa pessoa, está-se atribuindo a essa pessoa ter sido a causa eficiente e voluntária desse mesmo fato. Mais ainda: está-se afirmando ser essa pessoa, no plano jurídico, responsável pelo fato e, conseqüentemente, passível de sofrer os efeitos, decorrentes dessa responsabilidade, previstos no ordenamento vigente²⁰.

A imputabilidade é um dos núcleos da culpabilidade e sem ela não haveria delito, tendo em vista o conceito tripartite de crime. Dessa forma, não deveria se discutir o tratamento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no âmbito penal por este ser considerado inimputável, não cumprindo uma das partes que compõe o conceito de delito.

Por sua vez, cabe citar o autor Maximiliano Roberto Ernesto Fuher²¹ que no capítulo *O louco, a antijuridicidade e a culpabilidade* do seu livro *Tratado da inimputabilidade*, entende que há uma desconexão entre a teoria finalista e a medida de segurança com base no fato de ser inviável avaliar a antijuridicidade e a culpabilidade da conduta de um inimputável. Dessa forma, pelo inimputável não ter condições de entender o caráter criminoso do fato ou não conseguir se portar em conformidade a tal entendimento como poderia ele discernir as situações de excludente de antijuridicidade ou de culpabilidade, visto que ele não poderia, por exemplo, entender ou se portar de forma a esse entendimento em circunstância em que estava em

²⁰ TOLEDO, Francisco de Assis. *Princípios básicos de direito penal*. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2007. p. 312-31.

²¹ FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. *Tratado da inimputabilidade no direito penal*. São Paulo: Malheiros, 2000. 216 p. ISBN 85-7420-222-3. p. 16.

situação de legítima defesa. Assim, ao mesmo tempo que não entende o caráter ilícito do fato, por sua vez, não compreende o caráter lícito de uma legítima defesa.

Para além dessa questão ao se tratar de dolo e culpa do inimputável, que são o cerne da tipicidade, visto que para qualquer uma das condutas precisam da capacidade de entendimento do agente, sendo assim, aos inimputáveis, em nenhuma hipótese, poderia ser a eles imputados dolo ou culpa na conduta. Logo, a conclusão lógica que se chegaria seria a de que a conduta do inimputável seria um insignificante jurídico, distanciando-a da seara penal e afastando, por completo, a aplicação da medida de segurança.

2.3. A periculosidade

No campo das práticas jurídicas, o termo “periculosidade” surgiu pela primeira vez no século XIX, quando se começou a atribuir a determinados delinquentes a presunção de periculosidade. Com isso, ao se admitir o sofrimento mental como condição deficitária – incapaz e irresponsável –, sendo este indivíduo visto como “menos” humano que os demais por suas faculdades se encontrarem diminuídas em decorrência de seu estado psíquico. Assim, como expõe Brisset, esse conceito “promoveu e ainda promove, de modo que parece natural e evidente, a construção de práticas sociais e discursos orientados a partir dele, como se presumir periculosidade a alguém fosse um fato dado como incontestável”²².

A periculosidade é o fundamento que justifica a medida de segurança. Para a doutrina seria a “potência, a capacidade, a aptidão ou a idoneidade que um homem tem para converter-se em causa de ações danosas”²³.

²² BARROS-BRISSET, Fenada Otoni de. *Por uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 19. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/12880830/por-uma-politica-de-atencao-integral-ao-louco-infrator-tribunal-de-19>. Acesso em: 20 nov. 2020.

²³ Soler apud JESUS, Damásio E. de. *Direito penal*. 22ª ed. v. 1. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 545.

Logo, é um juízo subjetivo que ficou disposto em lei, tratado como cânone objetivo inflexível. Desse modo, caso o autor do delito seja um inimputável, automaticamente caberá a ele a roupagem de perigoso. Hebert Carneiro²⁴ critica essa postura dada pelo princípio da periculosidade, afirmando:

Na prática, verificamos que a maioria dos portadores de sofrimento mental é sentenciada com medida de segurança de internação, mesmo se o crime cometido tenha sido um roubo de um tapete de igreja, uma paulada no orelhão público, furto de um anel de plástico que vinha de brinde na compra do doce —maria molel, vendido na praça da cidade. Na pesquisa dos processos dos sentenciados com medidas de segurança de internação, podemos recolher estes exemplos, dentre tantos outros [...]. **A razão de a aplicação da sanção penal agravada, nos casos dos portadores de sofrimento mental, deve-se ao princípio da periculosidade que transformou a medida de internamento na rainha das medidas de segurança.** Isso explica por que a medida de internação é a mais aplicada pelos juízes criminais. Contudo, com o passar dos anos de internamento, o que verificamos é que essa medida vem causando situações de ruptura da rede social daquele indivíduo, que, em grande parte dos casos, se mantém segregado da sociedade por tempo indeterminado e, não raro, jamais alcança a liberdade. (grifos nossos)

A periculosidade pode ser real ou presumida. A primeira deve ser reconhecida pelo juiz, como acontece nos casos de semi-imputabilidade (art. 26, parágrafo único, CP), ou seja, o magistrado precisa verificar no caso concreto a existência da periculosidade. Por outro lado, é presumida quando a lei afirma que o é, como ocorre nos casos de inimputabilidade (art. 26, caput, CP), logo, não há que se demonstrar a periculosidade, sendo necessário somente concluir que o inimputável praticou o fato típico e antijurídico.

Não há mais que se falar em aplicação de medida de segurança ao agente de crime impossível, visto que isso não foi acolhido pela Reforma Penal de 1984.

Quanto ao exame de verificação de cessação de periculosidade (EVCP), será realizada uma perícia médica para comprovar a cura da

²⁴ CARNEIRO, Hebert José Almeida. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. Responsabilidades. *Revista interdisciplinar do Programa de Atenção ao Paciente Judiciário*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, mar. 2011. p. 24.

pessoa submetida à medida de segurança, ou pelo menos o fim da periculosidade, com isso, esse indivíduo seria desinternado ou liberado para o tratamento ambulatorial. Esse exame ocorre após o prazo determinado pelo juiz entre um e três anos.

A crítica que cabe ser feita é que o juiz, sem ser médico, ainda que com base em um laudo, teria o poder de determinar que um inimputável fosse internado, assim como por quanto tempo essa medida iria se estender, cabendo a ele, inclusive, estabelecer o prazo mínimo para que o EVCP seja feito.

Pode ocorrer, excepcionalmente, que surja fato superveniente que justifique a antecipação do EVCP (art. 176, LEP) por determinação do juiz. Isso pode decorrer de requerimento fundamentado do MP, do interessado, de seu procurador ou defensor e inclusive de ofício pelo juiz, ainda que o dispositivo legal indique ser necessária a provocação do juízo, o que não faz sentido privar o juiz da execução penal dessa atribuição caso venha a conhecer de fato relevante que leve a antecipação do exame em questão.

A Lei da Reforma Psiquiátrica trouxe desafios quanto a periculosidade, especialmente por esse instituto confrontar-se diretamente com a ideia de que as pessoas com transtornos mentais são sujeitos de direito e devem ter tratamento paritário aos demais indivíduos com transtornos mentais.

Parece paradoxal pensar que o crime retrata situação pretérita a ser punida pelo juízo, mas a periculosidade traz a ideia de uma punição sobre um ato futuro que pode ou não vir a acontecer, ou seja, há a punição pelo que não aconteceu, demonstrando um direito penal com raízes não mais no fato, mas sim no autor.

A grande falha que se percebe é que ao colocar nas mãos do juiz o tratamento da pessoa a quem se executa a medida de segurança, torna-se impossível que o juízo evolua os tratamentos psicoterapêuticos com a

mesma eficácia que a medicina, visto que medidas sanitárias não fazem parte da seara do Direito.

A Lei 10.216/2001 rompe o paradigma de quatro principais ideias ainda sustentadas pelo instituto da medida de segurança no Código Penal: o objetivo do tratamento ser a cura; a escolha do tratamento com base na pena abstratamente cominada do delito; a necessidade do laudo de cessação de periculosidade como baliza necessária para a extinção da medida de segurança; a compreensão de que o portador de transtornos mentais é um sujeito de direitos e suas garantias devem ser iguais as dos demais²⁵.

Contudo, cabe ressaltar que a Lei nº 10.216/2001 não revogou, nem modificou o disposto no Código Penal. A mencionada Lei tem caráter civil e não penal, destinando-se a regular as internações voluntárias, involuntárias e judiciais no âmbito cível. Desse modo, a Lei concorre com o cenário das medidas de segurança, visando compor esses dispositivos – CP e LEP – a fim de garantir os direitos das pessoas com transtorno mental oferecendo alternativas diferentes da internação²⁶.

Sobre o exame de verificação da cessação de periculosidade é importante falar que, em 2010, Mecler realizou importante pesquisa relacionada a prática pericial e emissão de laudos que acarretaram a desinternação de indivíduos submetidos a medida de segurança no Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho no Rio de Janeiro. Segue a pesquisadora²⁷:

Os itens menos valorizados foram a gravidade do delito, e a história criminal e psiquiátrica do periciado; critérios considerados de grande importância em vários estudos mencionados nos últimos anos. Parece que a prática que foi adotada para

²⁵ OLIVEIRA, Marcelo Matos de; FREITAS, Sérgio Henrique Zandona. A medida de segurança e dos direitos humanos: a periculosidade à luz da Lei 10.216/2001 e da necessidade de limitação do poder punitivo do estado. *Revista de Criminologias e Políticas Criminais*, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338114026_A_MEDIDA_DE_SEGURANCA_E_OS_DIREITOS_HUMANOS_A_PERICULOSIDADE_A_LUZ_DA_LEI_102162001_E_DA_NECESIDADE_DE_LIMITACAO_DO_PODER_PUNITIVO_DO_ESTADO. Acesso em: 28 nov. 2020.

²⁶ NUCCI, 2020, p. 779.

²⁷ PARMANHANI, André (Coord.). *Medida de Segurança um novo olhar*. Porto Alegre: Canal Ciências Criminais, 2020. p. 69.

execução dos laudos analisados segue o modelo estabelecido por Loudet na década de 30; que por sua vez teve grande influência do trabalho de Heitor Carilho. Loudet considerava os índices médico-psicológicos e sociais como os elementos mais importantes para aferição da periculosidade. 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.

Sendo assim, há que se questionar a qualidade da perícia realizada, se estaria atendendo aos interesses da sociedade e do sentenciado. Percebe-se a necessidade de preparo técnico e capacitação dos profissionais. Há que se entender a importância do exame para se obter um prognóstico mais confiável.

No Rio de Janeiro, o exame acima discutido foi substituído pelo Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial (EMPAP), com o objetivo de promover uma análise mais completa dos casos, indo além do exame tradicional de periculosidade. Assim, propôs-se a mudar o paradigma da periculosidade pela atenção psicossocial.

A Defensoria Pública do Rio de Janeiro, em ação que busca promover análises mais completas dos casos, desenvolveu ação que vai muito além do tradicional exame de verificação de cessação periculosidade. A defensora pública Patrícia Magno informa que: “Criamos o Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial (EMPAP), que envolve não apenas um perito, mas toda a rede de atenção psicossocial, além da família do paciente”²⁸.

O EMPAP (**anexo 1**) nasce como um ato complexo da “perícia” e da “equipe assistente” composto por duas partes, quais sejam: Exame Pericial de Avaliação Psicossocial (pelo perito habilitado); e Exame Multiprofissional de Avaliação Psicossocial (pela equipe assistente)²⁹.

²⁸ GRUPO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DO SISTEMA CARCERÁRIO. *Para onde vai quem comete crime e sofre de doença mental*. Disponível em: <http://gmf.tjrj.jus.br/noticias/noticia/-/visualizar-conteudo/5265985/5902838>. Acesso em: 24 nov. 2020.

²⁹ MAGNO, Patrícia. E assim morre o exame de cessação de periculosidade. ANADEP. Livro *Práticas e Teses Exitosas*. In: *Congresso Nacional dos Defensores Públicos*. 13, 2017. Tema: Defensoria

Assim, a avaliação da possibilidade de liberação do paciente, dá-se com base em um trabalho mais amplo para garantir que a pessoa não ficará sem assistência ao ser desinternada. O exame não indica tão somente a periculosidade da pessoa com transtorno mental, contudo, opera de forma a reconhecer se há condições para a desinternação e que o tratamento prossiga em meio ambulatorial.

Os benefícios institucionais alcançados por esse exame são: redução do tempo do processo, reduzindo-se o tempo de internação e evitando-se os prejuízos advindos das internações de longa permanência; aumento da vida útil do Projeto Terapêutico Singular; aproximação dos atores do sistema de justiça em prol dos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei; direito à igualdade entre todas as pessoas com transtornos mentais; e prestígio do trabalho da assistência e da RAPS, que efetivamente garantem a estrutura social adequada para o acolhimento da pessoa com sofrimento psíquico³⁰.

2.4. O prazo de duração da medida de segurança

A lei estipula que o prazo de duração da medida de segurança é indeterminado, visto que o EVCP que irá determinar se a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei poderá ser desinternada, sendo uma das maiores expressões da violação institucional dos direitos humanos no Brasil. Há críticas em relação a duração dessa sanção em relação a sua constitucionalidade, pois a CF veda penas de caráter perpétuo.

Destaca-se que, para Eugênio Raúl Zaffaroni e José Henrique Pierangeli, as medidas de segurança com base no discurso de se constituir

Pública em defesa dos grupos em situação de vulnerabilidade. p. 389-402. Disponível em: https://www.anadep.org.br/wtksite/Livro_Congresso_2017.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

³⁰ Ibid., p. 439-440.

como forma de tratamento, possibilitaram a privação de liberdade em caráter perpétuo, sendo assim, seria, a presente medida, inconstitucional³¹.

O STF³², por analogia, entendeu que o prazo máximo de duração da medida de segurança seria de 30 anos, com base no artigo 75 do CP que delimita o prazo máximo em relação as penas privativas de liberdades. O presente entendimento partiu do pressuposto de que a medida de segurança seria uma espécie da sanção penal, estando ao lado da pena.

Assim, à luz do art. 5º, inciso XLII, b da CF a qual afirma que não poderá haver pena de caráter perpétuo, haveria a necessidade de se delimitar um tempo máximo para a execução da medida de segurança.

Desse modo, com base no princípio da isonomia e da proporcionalidade, o STF firmou o seguinte entendimento:

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

O STJ, por sua vez, possuía o entendimento de que a medida de segurança se fundamentava em um caráter preventivo, curativo e terapêutico o que justificaria não ter um prazo máximo, fazendo-se perdurar conquanto a periculosidade do agente não fosse cessada, desconsiderando a inconstitucionalidade que jazia por se permitir uma sanção de caráter “ad eternum”.

³¹ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. Coerção Formalmente Penal: Medidas de segurança e efeitos civis da condenação penal. In: ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de direito penal brasileiro*. 8ª ed. v. 1. Cap. 40. Parte geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. p. 730-737.

³² BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *HC 84219/SP*. Rel. Ministro Marco Aurélio. Decisão monocrática citada: HC 107157. Número de páginas: 14. Análise: 10 nov. 2011, MMR.

Posteriormente, ao considerar os princípios da isonomia e proporcionalidade, a Corte passou a interpretar o art. 97, §1^o³³ do CP de forma que a medida de segurança se limitaria ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito perpetrado, bem como o prazo máximo de 30 anos, por analogia ao art. 75 do CP. Assim, a nova orientação da Corte culminou na edição da súmula 527 determinando que: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”.

2.5. Medida de segurança de detenção

O presente trabalho tem por objetivo tratar da medida de segurança detentiva, tendo em vista que esta priva a liberdade do sujeito e traz consequências demasiadamente gravosas que nada tem a ver com o tratamento do transtorno mental em si, por isso, demonstra-se necessário um estudo mais aprofundado do tema.

Sobre a medida de segurança detentiva, faz-se importante iniciar a discussão no que Nilo Batista afirma ao refutar a ideia de Eugênio Raúl Zaffaroni:

Afirma Zaffaroni que, "salvo o caso dos inimputáveis, sempre que se tira a liberdade do homem por um fato por ele praticado, o que existe é uma pena". **Contudo, não hesitamos em afirmar que mesmo as medidas concernentes a inimputáveis, ainda que se orientem para fins de proteção e melhoramento, operam pela via retributiva da perda ou restrição de bens jurídicos ou direitos subjetivos, e ostentam igualmente matiz penal. Neste sentido, peremptoriamente, Fragoso: "Não existe diferença ontológica entre pena e medida de segurança.**

³³ 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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) § 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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) § 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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984). BRASIL. Presidência da República. *Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 22 nov. 2020.

Em todo caso, quem não quisesse ir tão longe poderia contentar-se na verificação de que mesmo a imposição dessas medidas pressupõe o cometimento de um crime – algo que só se constitui juridicamente a partir da pena. Por tudo isso, e também porque, histórica e antropológicamente, são as penas, tais como efetivamente executadas, que definem objetivos e perfil da categorização jurídica de condutas humanas como crimes e de seu correspondente tratamento político, o melhor nome para nossa disciplina é direito penal³⁴. (grifos nossos).

Ainda nesse sentido, é válido citar a professora de Psicologia Social Cristina Rauter:

Um dispositivo como a medida de segurança é o resultado prático de cerca de quatro décadas de discussões nos meios jurídicos brasileiros, é a adoção de um novo critério de julgamento, baseado não no ato criminoso, mas na personalidade do delinqüente. Além disso, corresponde a uma transformação na concepção de pena e de sua ação sobre uma personalidade considerada anormal: nasce a idéia de uma pena de tratamento³⁵.

Em uma análise legal, a medida de segurança detentiva está prevista no inciso I do art. 96³⁶ que define a internação e no art. 97³⁷ que determina quando a internação será aplicada, os prazos para que isso ocorra e a

³⁴ BATISTA, Nilo. *Introdução crítica ao direito penal brasileiro*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2007. p. 48-49.

³⁵ RAUTER, Cristina. *Criminologia e subjetividade no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2003. p. 74.

³⁶ Art. 96. As medidas de segurança são: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984). BRASIL. Presidência da República. *Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 22 nov. 2020.

³⁷ 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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Prazo

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Perícia médica

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Desinternação ou liberação condicional

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984). BRASIL. Presidência da República. *Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 22 nov. 2020.

necessidade de perícia médica para a desinternação. Os artigos 98³⁸ e 99³⁹, por sua vez, tratam da possibilidade de substituição da pena por medida de segurança nos casos de semi-imputabilidade, assim como do direito do internado, respectivamente, todos do CP.

Em relação a possibilidade de detração do período de prisão provisória, há que se comentar sobre o previsto o art. 42 do CP. Assim, caso a pessoa submetida à medida de segurança tenha ficado detida, em prisão cautelar, durante toda a instrução, num total de um ano, por exemplo, ao se aplicar a medida de segurança de internação, com sentença transitada em julgado, subtrair-se-á o tempo da prisão cautelar do prazo estipulado para o exame de cessação de periculosidade.

Todavia, na lição de Carlos Frederico Coelho Nogueira⁴⁰, ele tece críticas quanto a essa detração:

Onde está, então, aquela distinção, preconizada pela própria Exposição de Motivos da nova Parte Geral, entre culpabilidade e periculosidade? A prisão não decorre da culpabilidade? Por que computá-la, pois, no tempo de medida de segurança, que decorre da perigosidade, nada tendo a ver com prisão provisória ou administrativa? Praticamente, o art. 42 da nova Parte Geral vai frustrar o período mínimo de duração das medidas de segurança, tornando-o uma falácia legal.

Retomando o art. 99 do CP que prevê a incompatibilidade da aplicação da medida de segurança com o presídio comum, seria possível

³⁸ Substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984). BRASIL. Presidência da República. *Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 22 nov. 2020

³⁹ Direitos do internado

Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984). BRASIL. Presidência da República. *Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 22 nov. 2020.

⁴⁰ NOGUEIRA, Carlos Frederico Coelho. *Efeitos da condenação, reabilitação e medidas de segurança*. Curso sobre a reforma penal. JESUS, Damásio E. de (Coord.). São Paulo: Saraiva, 1937. p. 145.

afirmar que o argumento de falta de vagas em estabelecimento apropriado acarretaria em uma exceção ao exposto pelo dispositivo?

Para Guilherme Nucci, isso poderia ocorrer "se o agente for colocado em estabelecimento prisional comum, sem qualquer tratamento, cabe habeas corpus para fazer cessar o constrangimento, **salvo quando for reconhecidamente perigoso, situação que o levará a aguardar a vaga detido em presídio comum, se for preciso**"⁴¹ (grifos nossos).

Por outro lado, há que se criticar esse ponto de vista que se mostra totalmente contrário ao que se propõe a medida de segurança, visto que manter uma pessoa com transtorno mental em estabelecimento prisional comum é aplicar pena àquele que necessita de tratamento e que foi absolvido impropriamente, sendo, clara e notoriamente, uma prisão ilegal. Na falta de vagas em HCTPs, o Código diz que o tratamento deverá ser feito em outro estabelecimento adequado, e Presídio não pode ser considerado estabelecimento adequado para tratar pessoas com transtorno mental.

Nesse sentido, Rogério Greco⁴² leciona que:

Isso significa que aquele a quem o Estado aplicou medida de segurança, por reconhecê-lo inimputável, não poderá, por exemplo, recolhê-lo a uma cela de delegacia policial, ou mesmo a uma penitenciária em razão de não haver vaga em estabelecimento hospitalar próprio, impossibilitando-lhe, portanto, o início de seu tratamento.

Há julgados no STJ tratando dessa questão, reconhecendo como pacificado na Corte a impossibilidade de um inimputável permanecer em estabelecimento prisional comum, em que expõe:

RECURSO ORDINÁRIO EM HABEAS CORPUS. RECORRENTE INIMPUTÁVEL SUBMETIDO À MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO. PERMANÊNCIA EM PRESÍDIO COMUM. FALTA DE VAGAS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. CONSTRANGIMENTO ILEGAL

⁴¹ NUCCI, 2020, p. 777.

⁴² GRECO, Rogério. *Curso de Direito Penal Parte Geral*. 8ª ed. v. 1. rev., amp., e atual. Niterói: Impetus, 2007. p. 687.

EVIDENCIADO. RECURSO PROVIDO. 1. A teor da pacífica orientação desta Corte, o inimputável submetido à medida de segurança de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico não pode permanecer em estabelecimento prisional comum, ainda que sob a justificativa de ausência de vagas ou falta de recursos estatais. Precedentes. 2. Recurso provido para determinar a imediata transferência do Recorrente para hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou outro estabelecimento adequado, devendo, na ausência de vaga, aguardar, em regime de tratamento ambulatorial, o surgimento da vaga correspondente. (STJ - RHC: 44587 SP 2014/0012821-0, Relator: Ministra LAURITA VAZ, Data de Julgamento: 08/05/2014, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJe 16/05/2014)⁴³.

HABEAS CORPUS SUBSTITUTIVO DE RECURSO ORDINÁRIO. DESCABIMENTO. COMPETÊNCIA DAS CORTES SUPERIORES. MATÉRIA DE DIREITO ESTRITO. MODIFICAÇÃO DE ENTENDIMENTO DESTA TRIBUNAL, EM CONSONÂNCIA COM A SUPREMA CORTE. INIMPUTABILIDADE. PACIENTE SUBMETIDO À MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO. PERMANÊNCIA EM PRESÍDIO COMUM. ALEGADA FALTA DE VAGAS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. CONSTRANGIMENTO ILEGAL EVIDENCIADO. HABEAS CORPUS NÃO CONHECIDO. ORDEM DE HABEAS CORPUS CONCEDIDA, DE OFÍCIO. 1. O Excelso Supremo Tribunal Federal, em recentes pronunciamentos, aponta para uma retomada do curso regular do processo penal, ao inadmitir o habeas corpus substitutivo do recurso ordinário. Precedentes: HC 109.956/PR, 1.^a Turma, Rel. Min. Março Aurélio, DJe de 11/09/2012; HC 104.045/RJ, 1.^a Turma, Rel. Min. Rosa Weber, DJe de 06/09/2012; HC 108.181/RS, 1.^a Turma, Rel. Min. Luiz Fux, DJe de 06/09/2012. Decisões monocráticas dos ministros Luiz Fux e Dias Tóffoli, respectivamente, nos autos do HC 114.550/AC (DJe de 27/08/2012) e HC 114.924/RJ (DJe de 27/08/2012). 2. A admissibilidade da impetração originária também neste Superior Tribunal de Justiça foi reformulada, adequando-se à nova orientação da Suprema Corte, de modo a não admitir o conhecimento do habeas corpus substitutivo do recurso ordinário, com a ressalva das hipóteses de flagrante ilegalidade, nas quais deverá ser concedida a ordem de ofício. 3. A teor da pacífica orientação desta Corte, o inimputável submetido à medida de segurança de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico não pode permanecer em estabelecimento prisional comum, ainda que sob a justificativa de ausência de vagas ou falta de recursos estatais. Precedentes. 4. Habeas corpus não conhecido. Ordem de habeas corpus concedida, de ofício, para determinar a imediata transferência do Paciente para hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou outro estabelecimento adequado, devendo, na ausência de vaga, aguardar, em regime de tratamento ambulatorial, o surgimento da vaga correspondente. (STJ - HC: 231124 SP 2012/0009866-0, Relator: Ministra LAURITA VAZ, Data de Julgamento: 23/04/2013, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJe 30/04/2013)⁴⁴.

⁴³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *RHC 44587 SP 2014/0012821-0*. T5 - Quinta Turma. Data de Julgamento: 08 mai. 2014. Rel. Ministra Laurita Vaz. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/25078662/recurso-ordinario-em-habeas-corporum-rhc-44587-sp-2014-0012821-0-stj>. Acesso em: 23 nov.2020.

⁴⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *HC 231124 SP 2012/0009866-0*. T5 - Quinta Turma. 23 abr. 2013. Rel. Ministra Laurita Vaz. Disponível em:

Ambos os julgados demonstram a gravosidade de se manter em estabelecimento prisional comum o inimputável submetido à medida de segurança, ainda que na falta de vagas no HCTP. Com isso, queda-se evidente que o tratamento, ainda que ambulatorial ou em estabelecimento adequado (claramente não se entendendo como adequado o estabelecimento prisional), são vias mais adequadas, visto que é de responsabilidade do Estado a manutenção desses estabelecimentos especializados, logo, não pode o paciente ser penalizado pela insuficiência de vagas, sendo flagrantemente ilegal a prisão do inimputável submetido à medida de segurança.

CAPÍTULO 3 - LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

3.1. Aplicação da Lei Antimanicomial em diretrizes no que tange a execução das medidas de segurança

Inicialmente, é importante ressaltar que as Resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), ainda que não tenham poder de lei, funcionam como instrumento a impulsionar, neste caso, uma efetiva política de atenção integral às pessoas em sofrimento mental autoras de delito.

Ainda, percebe-se necessário um maior controle social, manejado por organizações da sociedade civil, em busca de pressionar as gestões responsáveis por essas determinações a fim de uma devida implementação das orientações ali constantes.

No que tange às diretrizes forjadas com base na Lei 10.216/01, mostra-se, de pronto, necessário evidenciar que a Lei de Execução Penal (7.210/1984) prevê, em seu art. 64, inciso I que incumbe ao CNPCCP propor diretrizes para a execução das penas e das medidas de segurança.

Ora, com base nessa função dada pela LEP, o CNPCCP propôs, em Resolução nº. 4, de 30 de julho de 2010⁴⁵, artigo 1º, § 1º e § 2º, o exposto:

§ 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:

⁴⁵ BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. *Resolução nº 4 de 30 jul. 2010*. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/cnccp/resolucoes/2010/resolucao4de30dejulhode2010.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2020.

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 ressignificação de sua história, produção de sentido e novas respostas na sua relação com o outro; (grifos nossos).

Dessa forma, observa-se que a Resolução reafirma a noção de que o cuidado em saúde mental deve ocorrer no território ao se manter os vínculos comunitários e que o sujeito esteja em liberdade, devendo o mesmo ser estendido às pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei.

Por sua vez, o art. 6º da Resolução ao tratar do Poder Executivo entende que:

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.

Em relação ao CNJ, para fins do que aqui se expõem, cabe ressaltar a publicação da Resolução nº. 113/2010⁴⁶ a qual prevê, em seu art. 17 o disposto:

Art. 17. O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Ademais, em 2011, o Conselho publicou a Recomendação nº. 35/2011, que apresenta as diretrizes a serem implementadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança, orientando o juízo a adotar a política antimanicomial.

No campo normativo, os maiores destaques se deram em 2014. O Ministério da Saúde, através de documentos publicados, assimilou as orientações do CNPCP e do CNJ, sendo um dos documentos editados em conjunto com o Ministério da Justiça, em 02 de janeiro de 2014, por meio da Portaria Interministerial de nº 1⁴⁷ a qual instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda em 2014, o Ministério da Saúde publicou as Portarias nº 94⁴⁸ e 95⁴⁹ que determinam que o serviço de avaliação, acompanhamento e

⁴⁶ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Resolução nº 113 de 20 abr. 2010*. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_comp_113_20042010_25032019154646.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

⁴⁷ Art. 12. A estratégia e os serviços para avaliação psicossocial e monitoramento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, instituídos no âmbito desta Política, serão regulamentados em ato específico do Ministro de Estado da Saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 1 de 02 jan. 2014*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em 22 nov. 2020.

⁴⁸ “Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 94 de 14 jan. 2014*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso em: 22 nov. 2020.

⁴⁹ “Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 95 de 14 jan. 2014*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html. Acesso em: 22 nov. 2020.

financiamento das medidas de segurança se deem no âmbito do SUS, propondo-se um modelo de atenção que respeite os direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

As Portarias supracitadas encontram na Política Nacional de Saúde Mental o tratamento devido a ser garantido a população confinada nos HCTPs, o que torna público o descontentamento deste Ministério com a flagrante violação de direitos perpetrada pelo próprio Estado.

Faz-se imperioso abordar, por fim, a atuação do Mecanismo de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) – órgão que faz parte do Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Este órgão produziu relatórios de inspeções referente as informações acerca da população internada nos HCTPs de diversos estados do Brasil.

Deste modo, esses relatórios destacam as peculiaridades de cada instituição quanto a infraestrutura, insumos básicos, equipe profissional e a rotina institucional, bem como observa a garantia dos direitos dos indivíduos internados. Além disso, os relatórios tomam por base a Lei nº 10.216/01 e as resoluções do CNPCP e do CNJ, em acordo com os princípios e diretrizes da Conferências Nacionais de Saúde Mental.

O relatório do MNPCT na 2ª edição de março de 2020, expõe:

Mesmo que não seja objeto desse documento o aprofundamento sobre a internação de pessoas em medida de segurança, vale provocar a problematização em razão do debate posto no campo normativo, a envolver o sistema de justiça no que se refere **a ilegalidade da internação compulsória. Isso porque as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei também estão amparadas por todas legislações que visam garantir direitos no campo da saúde mental, a exemplo da lei n. 10.216/2001⁵⁰, da CDPD e da LBI, além de todo arranjo**

⁵⁰ Dos direitos da pessoa com transtorno mental, lê-se: “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

normativo internacional que versa sobre a matéria. Como já observado, esse acervo normativo traz diretrizes contrárias ou residuais à internação, circunscrevendo-as como medidas extremas e excepcionais em casos de emergências. (grifos nossos)

Ainda, evidencia-se a interação conflituosa entre o Poder Judiciário e as instituições psiquiátricas que o resulta na a violação de direitos da pessoa internada. Na passagem subsequente, fica claro que a desinternação, nos casos de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, desvinculam-se do tratamento que ela deve seguir, ficando ao arbítrio do juiz conceder ou não a liberdade desse indivíduo:

Profissionais entrevistados informaram que há pessoas que cometeram crimes e foram internadas no hospital, por não haver vaga em hospital de custódia, não sendo autorizadas a sair. Contaram que um usuário internado há onze anos “é preservado”, mas o juiz não o autoriza a sair. Que outro rapaz está internado há dois anos também por determinação judicial, que a equipe já solicitou sua desospitalização, mas o juiz determinou que permaneça por mais dois anos em hospital de custódia; como não há vaga, ele está aguardando no Bairral. (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria - Itapira – SP).

Vale mencionar o Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico⁵¹ produzido em 2011 pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), no qual, imperativamente, a instituição ministerial federal manifesta-se contrariamente à existência de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e a maneira como as medidas de segurança são aplicadas no País. Nas considerações finais do documento, o texto a posiciona: “Diante de todo o exposto verifica-se que o atual sistema de execução da medida de segurança no Brasil configura uma das maiores

terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 10.216 de 06 abr. 2001*. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 22 nov. 2020.

⁵¹ BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico*. Brasília, 2011. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

violações aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei”.

Portanto, as recomendações apresentadas levam a crer que houve um avanço no discurso do órgão de controle visando o aperfeiçoamento do Judiciário brasileiro, ao integrar os princípios da Reforma Psiquiátrica no campo da execução penal.

Contudo, revela-se essencial que as ideias trazidas pela Reforma Psiquiátrica sejam utilizadas nas práticas das/os juízas/es que recebem, julgam e executam esses casos, em especial, ao se destacar a condição de invisibilidade desse grupo social. Há que se produzir rupturas no sistema de determinação das medidas de segurança a fim de garantir os direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei penal.

Por último, mostra-se necessário demonstrar os efeitos advindos da Lei 10.216/01 na execução da medida de segurança em alguns estados do Brasil, na prática. A exemplo disso, no próximo tópico se exemplificará tais mudanças através de programas implementados em Minas Gerais e Goiás.

3.2. Programas de desinternação no Brasil

3.2.1. Programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental infrator (PAI-PJ)

O Programa adveio do projeto-piloto (Projeto de Acompanhamento Interdisciplinar ao Paciente do Judiciário) da Corregedoria do Tribunal para dar continuidade ao acompanhamento dos 15 casos de pesquisa e quaisquer outros em que o réu/condenado fosse portador de sofrimento mental da Comarca de Belo Horizonte.

Em dezembro de 2001, o TJMG transformou a experiência do projeto-piloto em um programa, através da Portaria Conjunta nº 25/2001. Esse Programa se fortaleceu com os princípios da Lei 10.216/2001 que já

estava em vigor. Orientando-se pelos princípios da reforma psiquiátrica “com o objetivo de propiciar uma atenção especial ao portador de sofrimento mental infrator no campo de competência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais”⁵². Tem como pilares o tratamento humanitário e reintegração social. De acordo com Brisset:

O Tribunal de Justiça de Minas Gerais, em parceria efetiva com a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Belo Horizonte, implementou institucionalmente a reforma psiquiátrica no campo jurídico através desse programa inovador, seguindo a orientação da Lei 10.216, que acabava de ser promulgada, ao colocar no ambiente universal e democrático da Rede Municipal de Saúde Mental do Município o portador de sofrimento mental infrator, sem distinção de outros pacientes, antes e depois da sentença de medida de segurança, o que favoreceu sobremaneira o seu laço social junto à família, comunidade e sociedade de modo geral”⁵³.

O funcionamento do PAI-PJ ocorre quando os casos são encaminhados ao Programa mediante ofício dos juízes criminais, bem como através de outros parceiros (estabelecimentos prisionais, instituições de tratamento em saúde mental e entre outros). O acompanhamento ao portador de sofrimento mental em conflito com a lei ocorre durante o processo criminal até a finalização da execução penal.

O Programa decorre da cooperação entre quatro setores (psicologia, jurídico, serviço social e administrativo) para orientar a coordenação geral do Programa. Ocorre de modo intersetorial, promovendo uma parceria entre o Poder Judiciário, o Ministério Público e o Poder Executivo mediante a rede pública de saúde e a de assistência social.

Desse modo, a autoridade judicial cumpre efetivamente a sua função jurisdicional por meio da integração de sua ação ao conjunto de todas as demais necessárias para acompanhar a sentença aplicada. Ademais,

⁵² PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário portador de Sofrimento Mental Infrator. *A cidadania do louco infrator*. Belo Horizonte. p. 3. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2017/07/Cartilha_Paipj_MG.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

⁵³ BARROS-BRISSET, Fenada Otoni de. *Por uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 27. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/12880830/por-uma-politica-de-atencao-integral-ao-louco-infrator-tribunal-de-19>. Acesso em: 20 nov. 2020.

promove-se os meios para que o paciente judiciário tenha acesso aos recursos necessários (sociais e de tratamento) em uma rede de assistência ampliada.

O PAI-PJ vem obtendo resultados promissores, promovendo tratamentos diversos do manicômio e, ainda assim, alcançando índices de reincidência extremamente baixos, aproximadamente de 2% em crimes de menor gravidade e contra o patrimônio, não havendo registro de reiteração de crimes hediondos.

3.2.2. Programa de atenção ao louco infrator (PAILI)

Desde 1996, discutia-se em demasia quanto à execução das medidas de segurança, em Goiânia. O promotor Haroldo Caetano da Silva instaurou um inquérito civil público com o propósito de realizar um levantamento sobre os casos de pessoas submetidas à medida de segurança que se encontravam recolhidas no CEPALGO (Centro Penitenciário de Atividades Industriais do Estado de Goiás).

Em decorrência dessa investigação, instaurou-se um Incidente de Excesso de Execução – art. 185 da LEP – que culminou em duas decisões, sendo a primeira (1999), uma proibição do ingresso de novos pacientes à penitenciária para cumprimento da medida de segurança, proferida pela VEP; a segunda (2000), determinou a soltura daqueles pacientes psiquiátricos que se encontravam ilegalmente presos⁵⁴.

As decisões não se demonstraram suficientes para que houvesse uma solução definitiva em relação a execução das medidas de segurança. Houve algumas tentativas frustradas de construção de HCTPs. Com o advento da Lei nº 10.216/2001, houve iniciativas do MP e entidades ligadas à saúde

⁵⁴ SILVA, Haroldo Caetano da. *Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança*. Informações gerais. p. 9. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/cartilha_PAILI-GO.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.

mental, contudo, sem ainda delimitar estrutura capaz de atender as necessidades desse instituto legal.

Assim, o PAILI surge com o objetivo de fazer um levantamento sobre as medidas de segurança do Estado de Goiás. Posteriormente, há um redimensionamento para que o Programa se responsabilizasse pela execução penal das medidas de segurança.

O Programa foi instituído em 26 de outubro de 2006, em razão de um convênio entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás, sendo uma mudança de paradigma na execução das medidas de segurança.

Desse modo, a aplicação dessa medida passa a ser acolhida pelos serviços da saúde pública com a participação de clínicas psiquiátricas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e serviços substitutivos (CAPS), não mais se pautando tão somente sob a ótica da segurança pública.

Ademais, o PAILI é inspirado na experiência mineira (PAI-PJ). Fundamenta-se, então, nas disposições humanizadoras da Lei 10.216/2001 – Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, as internações somente ocorrem nos casos em que os recursos extra-hospitalares são insuficientes.

Assim, seu funcionamento supervisiona o tratamento conferido ao paciente nas clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS e nos CAPS e, “ao mesmo tempo, faz a mediação entre o paciente e o juiz, em canal direto de comunicação que favorece, simplifica e desburocratiza o acesso permanente à Justiça”⁵⁵. Logo, passa a ser um ambiente democrático de atendimento a esses pacientes.

⁵⁵ SILVA, *Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança*. Informações gerais. p. 19. Acesso em: 20 nov. 2020.

A equipe é composta por múltiplos profissionais (advogados, assistentes sociais, psicólogos, acompanhante terapêutico e auxiliar administrativo) vinculados à Secretaria de Estado da Saúde.

No processo de execução da medida de segurança que decorre de sentença judicial em processo criminal e é executada perante o juízo da execução penal. Em relação a internação, com o PAILI passa a ocorrer da seguinte maneira:

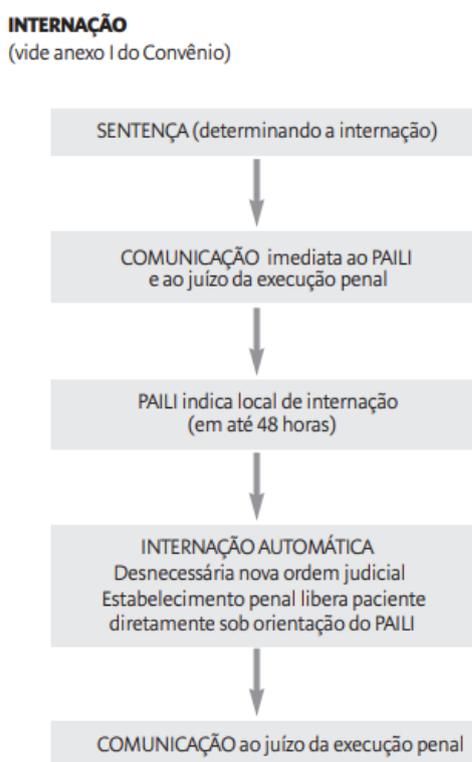


Figura 1 - Internação, PAILI.

Fonte: CAETANO, Haroldo da Silva, Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança⁵⁶.

Como se pode ver com a figura 1, existem etapas a serem seguidas que precisam ser destrinchadas. Inicialmente, o juiz criminal aplica a medida de segurança e comunica ao PAILI que irá buscar uma vaga para internação junto à rede conveniada ao SUS. Posteriormente, encaminha-se o paciente

⁵⁶ SILVA, *Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança*. p. 22. Acesso em: 23 nov. 2020.

da casa de detenção para a clínica psiquiátrica em que se estudará o caso em questão para a individualização da execução da medida de segurança.

Assim, dá-se início ao acompanhamento psicossocial do paciente e de sua família. Após, mediante laudo médico circunstanciado, indica-se a desinternação, momento em que o PAILI organiza meios para a inclusão do paciente em tratamento ambulatorial.

Por fim, emite-se relatório ao juízo da execução penal, em que, se verificadas as condições para o reconhecimento da cessação de periculosidade, há a emissão de um relatório ao juízo da execução penal para que sejam realizados os procedimentos devidos. Havendo necessidade de orientações quando ao encaminhamento da execução o Programa contacta diretamente o juízo da execução penal.

O Programa, como se pode perceber, objetiva calcar a consciência coletiva em relação as políticas voltadas à saúde mental, em especial, buscando a inclusão psiquiátrica à família e à sociedade, despindo-se de preconceitos anteriormente concebidos que acarretavam na exclusão desses indivíduos do seio social.

CAPÍTULO 4 - ANÁLISE DAS DECISÕES DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO

4.1. A medida de segurança e a cura

A reforma psiquiátrica trouxe contundentes objeções a ideia de cura daquele que sofre de qualquer transtorno mental. O movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira se inicia no contexto de redemocratização do país, na segunda metade da década de 1970.

O que se espera desse movimento não é a transferência do *doente mental* para fora dos muros do hospital, "confinando-o" à vida em casa, a sorte e cuidados de quem puder assisti-lo. Espera-se, o resgate ou o estabelecimento da cidadania da pessoa com transtorno mental, respeitando a sua singularidade e subjetividade. Logo, torna-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Assim, o foco se volta para a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

Contudo, a ideia de cura permanece engessada em parte dos julgados do TJRJ, que parecem ainda crer na dicotomia normal/anormal, como se lê:

APELAÇÃO CRIMINAL. ARTIGO 155 E 330, AMBOS DO CÓDIGO PENAL. SENTENÇA ABSOLUTÓRIA, COM ESPEQUE NO ARTIGO 386, III, NO QUE TANGE AO CRIME DE DESOBEDIÊNCIA IMPRÓPRIA, RELATIVAMENTE AO CRIME DE FURTO, NOS TERMOS DO INCISO VI, DO CRITADO ARTIGO, AMBOS DO CÓDIGO DE PROCESSO PENAL, QUE APLICOU AO RÉU MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO. RECURSO DA DEFESA TÉCNICA. 1. O Juízo de Direito da 2ª Vara da Comarca de Três Rios julgou improcedente a pretensão punitiva estatal, absolvendo o Acusado LEONARDO FERNANDES BASTOS da imputação prevista no artigo 330 do Código Penal, com espeque no artigo 386, III, do CPP e com fulcro no artigo 386, VI, do CPP – absolvição imprópria – diante do disposto no artigo 26 do citado Diploma Legal, do delito previsto no artigo 155 do Código Penal, aplicando-se-lhe Medida de Segurança de Internação (indexador 169). 2. A Defesa Técnica requer a reforma da Sentença, a fim de que seja imposta a Medida de Segurança na forma de tratamento ambulatorial. Subsidiariamente, pugna pelo estabelecimento de prazo para o cumprimento da Medida de Segurança de Internação, com fundamento no artigo 96, I, do Código Penal, pelo prazo mínimo estabelecido no artigo 97 §1º do Código Penal, ou seja, 01 (um) ano (indexador 187). 3. Consoante se verifica dos autos, foi imposta ao Acusado Medida de Segurança de Internação, estribando-se o Magistrado de 1º grau no fato de o Réu

haver praticado fatos apenados com reclusão e, ainda, por ter o Recorrente praticado outros atos de mesma natureza. Cabe destacar que a Medida de Segurança não tem caráter retributivo e, sim, preventivo, sendo evidente sua índole terapêutica. **Deste modo, a Medida em questão não vis punir o agente e sim curá-lo, evitando, assim, que o mesmo volte à prática de infrações penais**, sendo certo que a inimizabilidade do Apelante restou evidenciada nos autos, conforme laudo pericial constante do anexo (indexadores 29/30) que, concluiu o seguinte: “O periciado apresenta sinais e ou sintomas de doença mental. Apresenta sintomas como delírios e alucinações além disso faz uso de haldol (antipsicótico). Não apresenta juízo crítico em relação a sua doença e nem em relação aos fatos narrados na denúncia. Trata-se de um esquizofrênico (doença mental) que era a época dos fatos totalmente incapaz de entender”. 4. Conforme informado pelo próprio Recorrente e referido da Sentença, já tinha sido imposta ao Réu Medida de Internação nos autos nº 0004828-88.2013.8.19.0063, que foi revista em segunda instância, em Acórdão da 1ª Câmara Criminal, que afastou a Medida de Internação, permitindo que o Réu cumprisse Medida de Segurança na modalidade de tratamento ambulatorial. **De fato, é possível a mitigação do comando previsto no artigo 97 do Código Penal, possibilitando ao Magistrado a escolha do tratamento mais adequado ao inimizável, ainda que se trate de crime punido com reclusão. Contudo, somente em casos excepcionais será admitida a quebra do critério legal**, o que não se verifica na espécie, considerando que a Medida de Segurança na modalidade de tratamento, deferida, em sede de recurso de apelação, nos autos nº 0004828-88.2013.8.19.0063, mostrou-se inócua. 5. Por outro lado, como bem destacado pela Procuradoria de Justiça, o tratamento ambulatorial demanda atenção familiar, a fim de que a pessoa sob tratamento receba os cuidados essenciais em meio externo e, conforme consta dos autos (indexador 29, do apenso), o Réu não tem outros parentes além de sua mãe, a qual apresenta quadro de depressão. Nesse contexto, entendo que o tratamento ambulatorial se mostra insuficiente à cessação da periculosidade do agente, sendo a Medida de Segurança de Internação a mais adequada, nos termos da Sentença recorrida. Todavia, à vista do disposto na Súmula nº 527, do Superior Tribunal de Justiça, “o tempo de duração máximo da pena abstratamente cominada do delito praticado”, ou seja, 04 (quatro) anos. 6. Diante de todo o exposto e tudo mais que dos autos constam **VOTO** no sentido de ser **DADO PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO**, a fim de estabelecer o limite máximo de 04 (quatro) anos para a duração da Medida de Segurança de Internação, mantida, no mais, a Sentença vergastada.” (TJ-RJ – APL: 00065020920108190063 RIO DE JANEIRO TRÊS RIOS 2ª VARA, Relator: ADRIANA LOPES MOUTINHO, Data de Julgamento: 04/04/2018, OITAVA CÂMARA CRIMINAL, Data de publicação: 06/04/2018).⁵⁷(grifos nossos)

Não é mais aceitável estigmatizar, excluir e recluir os *loucos*, mas não se pode reduzir a reforma psiquiátrica à devolução destes ao seio familiar, acreditando serem eles capazes de resolver a problemática da vida

⁵⁷ BRASIL. TJ-RJ. APL 0006502-09.2010.8.19.0063. Rio de Janeiro. Três Rios. Segunda Vara. Oitava Câmara Criminal. Data de julgamento: 4 abr. 2018. Rel. Adriana Lopes Moutinho. Disponível em: <https://tj-rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/578518851/apelacao-apl-65020920108190063-rio-de-janeiro-tres-rios-2-vara>. Acesso em: 28 nov. 2020.

cotidiana, assim como as dificuldades trazidas pela convivência, manutenção e cuidado de uma pessoa com transtorno mental.

4.2. A escolha do tratamento com base na pena abstratamente cominada do delito

No que tange a escolha do tratamento com base na pena abstratamente cominada do delito, faz-se necessário citar:

APELAÇÃO CRIMINAL. TRÁFICO DE DROGAS E CORRUPÇÃO PASSIVA. ARTIGO 33 DA LEI 11.343/06 E ARTIGO 333 DO CÓDIGO PENAL. APELANTE ESQUIZOFRÊNICO. SENTENÇA ABSOLUTÓRIA IMPRÓPRIA. MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO COM REAVALIAÇÃO EM UM ANO. Recurso defensivo por fragilidade probatória. Subsidiariamente, substituição da medida de segurança de internação pela de tratamento em regime ambulatorial. Materialidade e autoria devidamente demonstradas. Depoimento dos Policiais em juízo que merecem credibilidade. Verbete de Súmula 70, deste Tribunal. Policiais que são testemunhas como quaisquer outras, só se podendo negar valor aos seus relatos à vista de algum fato concreto e objetivo, devidamente provado nos autos, que ateste a não veracidade de suas ações. **Medida de segurança de internação. Desnecessidade. Laudo Pericial atestando a necessidade de o apelante submeter-se a especial tratamento curativo, em regime ambulatorial. Internação que é excepcional, nos termos da Lei 10.216/2001 e Resolução 113 do CNJ.** Apelante que vem se submetendo a tratamento ambulatorial. Cumprimento adequado das medidas cautelares substitutivas da prisão preventiva. Reforma da sentença, para aplicar ao apelante a medida de tratamento em regime ambulatorial. Provimento parcial do recurso. Unânime. (TJ-RJ - APL: 03556884620128190001 RIO DE JANEIRO CAPITAL 34 VARA CRIMINAL, Relator: ANTONIO CARLOS NASCIMENTO AMADO, Data de Julgamento: 26/04/2016, TERCEIRA CÂMARA CRIMINAL, Data de Publicação: 06/05/2016) (grifos nossos).

Como se pode perceber, a Sentença acima pretende aplicar a internação como excepcional, com base na Lei 10.216/2001 e Resolução 113 do CNJ. Ademais, no corpo do inteiro teor da decisão, o Relator reforça que apesar do disposto pelo art. 97 do CP, com o surgimento da Lei nº 10.216/01, há a chancela pelo legislador de que a internação deve ser aplicada como medida excepcional, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes para o tratamento do paciente é que tal internação se efetivará, devendo ser realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos.

Por fim, para tratar do art. 97 do CP, bem como sua flexibilização, ao se considerar a Lei 10.216/2001, o Relator cita a seguinte manifestação de Rogério Greco, em seu Curso de Direito Penal, Parte Geral, volume I, 11ª edição, p. 608, nos seguintes termos, *in verbis*:

Entendemos que, independentemente dessa disposição legal, o julgador tem a faculdade de optar pelo tratamento que melhor se adapte ao inimputável, não importando se o fato definido como crime é punido com pena de reclusão ou de detenção.

Ainda em se tratando de jurisprudência, faz-se interessante expor o entendimento do STJ no sentido de mitigar o artigo 97 do Código Penal, entendendo que ainda que o crime praticado seja punível com pena de reclusão, que geraria a aplicação da medida de segurança detentiva, seria possível o paciente ser submetido a tratamento ambulatorial. Decisão, inclusive, que aparenta maior harmonia com a Lei 10.216/01, ao tratar a mitigação do dispositivo como forma de adequação ao tratamento e não como possibilidade excepcional.

A Corte entendeu estando presentes os elementos que caracterizem a desnecessidade de internação, respeitando o princípio da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade, poder-se-ia aplicar medida menos gravosa, entendimento apresentado na seguinte decisão:

RECURSO ESPECIAL. CRIMINAL. ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR. VIOLÊNCIA PRESUMIDA. INIMPUTÁVEL. MEDIDA DE SEGURANÇA. DELITO PUNÍVEL COM PENA DE RECLUSÃO. TRATAMENTO AMBULATORIAL. CABIMENTO. ART. 97. MITIGAÇÃO. ADEQUAÇÃO DA MEDIDA À PERICULOSIDADE DO AGENTE. 1. A par do entendimento jurisprudencial deste Tribunal Superior, no sentido da imposição de medida de internação quando o crime praticado for punível com reclusão - reconhecida a inimputabilidade do agente -, **nos termos do art. 97 do Código Penal, cabível a submissão do inimputável a tratamento ambulatorial, ainda que o crime não seja punível com detenção.** 2. **Este órgão julgador já decidiu que, se detectados elementos bastantes a caracterizar a desnecessidade da internação, e em obediência aos princípios da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade, é possível a aplicação de medida menos gravosa ao inimputável** se, ainda, for primário e assim o permitam as circunstâncias que permeiam o delito perpetrado. 3. Consoante consignado pela Corte de origem, no caso dos autos, o ora recorrido nunca se envolveu em fato delituoso da mesma ou de natureza diversa, além de mostrar comportamento social adaptado e

positivamente progressivo. 4. Conforme concluído pelo Tribunal a quo, — não se extrai desse quadro uma conclusão de periculosidade real e efetiva do apelante, capaz de justificar uma internação em hospital psiquiátrico ou casa de custódia e tratamento. A medida mais rígida, ademais, apresentaria risco ao progresso psicossocial alcançado pelo ora recorrido, além de nítido prejuízo ao agente, que, por retardo no julgamento dos recursos interpostos, teria restabelecida a sentença — datada de novembro de 2002 —, com a imposição da medida de internação, a qual, tantos anos após os fatos, não cumpriria seus objetivos. 5. Recurso especial não provido (BRASIL, 2014). (grifos nossos).

Contudo, na jurisprudência apresentada no subcapítulo 4.1 em que se lê “De fato, é possível a mitigação do comando previsto no artigo 97 do Código Penal, possibilitando ao Magistrado a escolha do tratamento mais adequado ao inimputável, ainda que se trate de crime punido com reclusão. Contudo, somente em casos excepcionais será admitida a quebra do critério legal (...)” percebe-se que, além do fato de os tribunais estarem aceitando a mitigação desse dispositivo legal como forma de escolha mais adequada ao tratamento do inimputável, há que se frisar que nesse julgado ocorreu uma inversão lógica dos cânones até então apresentados.

A internação, infinitamente mais gravosa, é entendida de forma que sua aplicação se dê como regra e não como a exceção. Assim, demonstra-se que ainda que a mitigação venha sendo estabelecida pelos tribunais, a forma a ser aplicada ainda não é uniforme.

Ou seja, com base no julgado da apelação nº 00065020920108190063, somente em casos específicos se poderia mitigar o art. 97 do CP, desse modo, ao restringir tal aplicação, não se garante a proteção adequada ao tratamento do inimputável que só se daria com a proteção das reais necessidades do indivíduo com transtorno mental em conflito com a lei, não havendo que se falar em excepcionalidade.

Desse modo, a ideia apresentada acima demonstra duas vias: uma na contramão do que a Lei 10.216/01 se propõe, ao estabelecer em seu artigo 4º que a internação deve ser medida excepcional; e outra que se baliza pela Lei e outras diretrizes na garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental. Logo, percebe-se que a legislação penal precisa ser homogeneizada

acerca da execução da medida de segurança, visando, sempre, uma saída mais humanizadora para esses grupos sociais.

4.3. O laudo de cessação de periculosidade como necessário para a extinção da medida de segurança

O Código prevê que a medida de segurança será executada por tempo indeterminado (art. 97, §1º do CP), dependendo do exame de verificação de cessação de periculosidade, verificado por perícia médica, para que o indivíduo seja desinternado. Assim, a presunção de periculosidade, embora não haja referência expressa, não deixou de existir, estando implicitamente contida nas disposições legais.

Em relação ao EVCP, será realizado depois de transcorrido o prazo que varia de um a três anos, sendo o mesmo fixado em sentença pelo juiz, sob a égide do argumento da periculosidade do agente. Dessa forma, enquanto não cessar a periculosidade do agente, mantém-se a execução da medida de segurança. Ressalta-se, ainda, que no Rio de Janeiro essa verificação decorre do EMPAP, mas as decisões continuam a se referir com o que expõe a letra da lei.

Quanto a esse aspecto, mostra-se relevante citar:

EMENTA APELAÇÃO CRIMINAL. IMPUTAÇÃO DE HOMICÍDIO DUPLAMENTE QUALIFICADO. ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA. IMPOSIÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO PELO PRAZO MÍNIMO DE 02 ANOS. RECURSO DEFENSIVO VISANDO À REDUÇÃO DO PRAZO DE VERIFICAÇÃO DA CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE PARA O MÍNIMO LEGAL. Materialidade e autoria comprovadas. Inimputabilidade atestada. Apelante diagnosticada como portadora de doença mental grave ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE sendo à época da ação inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato. Ausência de motivação apta a justificar a não adoção do prazo mínimo estabelecido no parágrafo 1º, do artigo 97, do Código Penal. Recurso ao qual se dá provimento, a fim de reduzir o prazo de verificação de cessação da periculosidade para o patamar mínimo legal, qual seja, 01 ano. (TJ-RJ - APL: 00052001320118190029 RIO DE JANEIRO MAGÉ VARA CRIMINAL, Relator: ROSA HELENA PENNA MACEDO GUITA, Data de

Julgamento: 09/09/2014, SEXTA CÂMARA CRIMINAL, Data de Publicação: 20/02/2015)⁵⁸.

Contudo, é simplista o estigma de que pessoas com transtornos mentais são perigosas em decorrência de sua enfermidade. Assim, a medida de segurança não deveria ser tratada somente sobre a ótica de segurança pública e de política criminal.

Deve-se reconhecer que as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei são sujeitos de direito. Enquanto não houver ingerência de políticas públicas de saúde mental no instituto da medida de segurança, os pacientes judiciários continuarão a ser esquecidos e excluídos do convívio social.

Em relação aos prazos no que tange o exame de verificação cessação de periculosidade, vem se entendendo, à exemplo de Paulo Queiroz⁵⁹, que os prazos mínimos estariam revogados pela lei de reforma psiquiátrica, uma vez que são incompatíveis com o princípio da utilidade terapêutica do internamento que se manifesta no art. 4º, § 1º da Lei 10.216/2001, bem como o princípio da desinternação progressiva dos pacientes, vide art. 5º do mesmo dispositivo legal.

Logo, nota-se que a legislação penal, neste ponto, caminha em desacordo com a lei de reforma psiquiátrica ao não compreender que o exame deve ser feito de acordo com a necessidade do paciente com relação direta ao seu tratamento, devendo ter utilidade terapêutica em se manter a internação.

Em suma, com a transcorrência desse prazo, deverá ser realizado o exame de cessação a fim de averiguar as condições médicas e psicossociais do paciente, buscando a desinternação. No caso de não haver cessado a periculosidade, o exame será realizado anualmente (art. 97, § 1º, do Código

⁵⁸ BRASIL. TJ-RJ. *APL 0005200-13.2011.8.19.0029*. Sexta Câmara Criminal. Data de julgamento: 09 set. 2014 Rel. Rosa Helena Penna Macedo Guita. Disponível em: <https://tj-rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/375654223/apelacao-apl-52001320118190029-rio-de-janeiro-mage-vara-criminal>. Acesso em: 28 nov. 2020.

⁵⁹ QUEIROZ, Paulo. *Direito Penal*. Parte Geral. 4ª ed. São Paulo: Lumenjuris, 2008. p. 394.

Penal). Por fim, ressaltasse essas delimitações legais, obstruem, de certo modo, o tratamento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, fazendo-se prevalecer a segurança pública fundamenta no estigma do *louco perigoso* em que a principal preocupação é a proteção da sociedade.

4.4. O portador de transtornos mentais como sujeito de direitos e garantias

Em relação ao reconhecimento dos direitos e garantias das pessoas com transtorno mental, evidencia-se que tem havido decisões com fundamento em prol desses direitos e da luta antimanicomial. Os fundamentos que justificam a flexibilização da aplicação do art. 97 do CP demonstram com clareza essa mudança de paradigma.

AGRAVO EM EXECUÇÃO PENAL. RECURSO INTERPOSTO CONTRA A DECISÃO JUDICIAL QUE CONVERTEU A PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE DO APENANTE/AGRAVADO EM MEDIDA DE SEGURANÇA NA MODALIDADE DE INTERNAÇÃO. PLEITO DE APLICAÇÃO DA MEDIDA CONSISTENTE NA FORMA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL. POSSIBILIDADE. LAUDO PERICIAL FAVORÁVEL. CARÁTER TERAPÊUTICO DA MEDIDA. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. A Juíza de Direito da Vara de Execuções Penais, com arrimo no artigo 183 da LEP, determinou a conversão da pena privativa de liberdade de reclusão, a qual vinha sendo cumprida pelo o ora agravante, na medida de segurança na modalidade de internação. Com efeito, a medida de segurança tem como natureza jurídica uma verdadeira sanção penal, equiparando-se à sentença penal condenatória a denominada sentença absolutória imprópria, na qual, a despeito de constatada a inimputabilidade do agente, nos termos do art. 26 do Código Penal, impõe-se-lhe sanção penal outra, que não a pena privativa de liberdade stricto sensu, mas sim a referida medida de segurança, a qual pode consistir, nos termos do artigo 96 do CP, em internação ou tratamento ambulatorial. Não obstante contenha no artigo 97 do CP, a previsão de que aos crimes cominados com pena de reclusão (como no caso dos autos), a medida de segurança aplicável é a modalidade de internação, a doutrina e jurisprudência mais modernas têm se posicionado no sentido de flexibilização desta regra, com base em legislação posterior, qual seja, **a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial, a qual preconiza a observância ao caso em concreto do paciente, com a submissão do mesmo ao tratamento terapêutico mais indicado, tendo como escopo a maior eficiência em sua reinserção ao meio social, afastando-se a mera imposição da medida com base, unicamente, na gravidade, em abstrato, do crime praticado.** É este, justamente, o caso dos autos, no qual, a Juíza especializada, "atentando-se à gravidade das condutas praticadas pelo examinado", bem como ao tempo de sanção penal remanescente, entendeu necessária a aplicação da medida na forma de internação, deixando de lado a clara orientação contida no laudo pericial de que o agravante, portador de

retardo mental moderado, poderia ser submetido a tratamento psiquiátrico ambulatorial. Como se vê, a decisão judicial objurgada encontra-se em colisão com a legislação e jurisprudência mais especializada sobre o tema, deixando de observar, ademais, **não apenas os princípios da razoabilidade e da adequabilidade, como, também, um dos maiores sustentáculos do Estado Democrático de Direito, previsto no art. 1º, inc. III, da C.R.F.B./1988, qual seja, a dignidade da pessoa humana.** Precedentes do STF, STJ e deste Tribunal de Justiça. Ressalte-se, ainda, por oportuno, que a Juíza de piso, ao também fulcrar sua decisão, no longo tempo de pena a ser cumprida pelo ora agravante, lançou mão de fundamento inexistente no ordenamento jurídico, em desfavor do mesmo, o que não pode ser admitido. Desta forma, constata-se que, a gravidade abstrata dos delitos e o período de tempo restante até o término da pena não se mostram como fundamentos idôneos, aptos a justificar a aplicação da medida de segurança na modalidade de internação, uma vez que, em observância às circunstâncias pessoais do agravante, respaldadas pelo laudo técnico pericial, recomendam a inserção do mesmo em tratamento psiquiátrico ambulatorial. CONHECIMENTO E PROVIMENTO DO RECURSO. (TJ-RJ - EP: 02165119120178190001 RIO DE JANEIRO CAPITAL VARA DE EXEC PENAS, Relator: ELIZABETE ALVES DE AGUIAR, Data de Julgamento: 09/05/2018, OITAVA CÂMARA CRIMINAL, Data de Publicação: 11/05/2018). (grifos nosso).

Por sua vez, o julgado ainda trata de diretrizes como a inserção social, fonte basilar das propostas de uma assistência psicossocial de ordem comunitária, em que se almeja a superação da ideia de que esses indivíduos devam ser afastados do seio social até retornarem a uma “normalidade”, exilados e esquecidos.

Assim, é forçoso perceber que a medida de segurança deve ser compreendida em compasso com o que se propõe pela Reforma Psiquiátrica, ou quedar-se-á datada frente as evoluções científicas dessa área da medicina.

CAPÍTULO 5 - OUTRAS MANEIRAS DE SE PROMOVER A SAÚDE MENTAL SEM O “ENCARCERAMENTO” DE CORPOS

Após séculos de exclusão, discriminação e invisibilidade, a reforma psiquiátrica se materializa na busca por um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária.

Enfatiza-se, ainda, que a situação ainda é mais gravosa a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei a qual carrega o estigma social por conta de seu transtorno mental e por sua inserção no sistema penitenciário (criminoso), sendo enxergado como sujeito perigoso. Assim, aos *loucos infratores* são apresentadas maiores dificuldades para que usufruam dos serviços assistenciais de retorno progressivo do indivíduo com transtorno mental à comunidade, incentivando sua independência e reinserção social.

Dessa forma, frente a outras possibilidades de promoção da saúde mental, há que se desconstruir a sistemática penal-psiquiátrica do asilamento, reinterpretando os dispositivos legais que tratam da medida de segurança detentiva de forma a abrangerem os preceitos da Lei 10.216/2001 e demais diretrizes que visam garantir o tratamento do paciente, em que a internação não mais aparece como ator principal.

A Política Nacional de Saúde Mental, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, com base na Lei 10.216/2001, e define que a internação em qualquer uma de suas modalidades, só ocorrerá frente a insuficiência dos recursos extra-hospitalares⁶⁰.

A Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 – republicada em 21 de maio de 2013 – instituiu a Rede de Atenção

⁶⁰ BRASIL. Secretaria da Saúde do Rio de Janeiro. RAPS - Rede de Atenção Psicossocial. *Legislação estadual*. 19.03.2013. Disponível em: <http://www.informacaoensaude.rj.gov.br/994-atencao-a-saude/redes-tematicas/rede-de-atencao-psicossocial/16443-rede-de-atencao-psicossocial-raps-2.html?showall=>. Acesso em: 23 nov. 2020.

Psicossocial (RAPS) que tem como principais objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população; promover acesso as pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de drogas, bem como de suas famílias; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde do território.

A equipe de assistência da RAPS produziu o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que equivale à estrutura social que deve ter equipamentos extra-hospitalares aptos a acolher e ofertar cuidados de qualidade em saúde mental para toda e qualquer pessoa com transtornos mentais, tenha ela estado em conflito com a lei penal, ou não. Ao levar o PTS “para dentro do processo penal de execução de medidas de segurança com o objetivo de demonstrar que existe, no *ethos* dos profissionais da saúde mental e atenção psicossocial, uma preocupação com a segurança da pessoa com transtornos mentais e de terceiros”⁶¹.

Segundo definição do Ministério da Saúde:

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. (BRASIL, 2010, p. 27)⁶².

Portanto, o atendimento jurídico deveria apoiar a construção do PTS, visto que assegurará estrutura na qual a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei seja acolhida por equipamentos de saúde extra-hospitalares em que se garanta o tratamento sem preconceito algum.

Outrossim, no Estado do Rio de Janeiro, a RASP preconiza o cuidado com a saúde mental com base no modelo de atenção que garanta a

⁶¹ MAGNO, Patrícia F. Carlos. Assim morre o exame de cessação de periculosidade... In: *XIII Congresso Nacional de Defensores Públicos*. Teses e práticas exitosas. Tema Defensoria pública em defesa das pessoas em situação de vulnerabilidade. 2017. p. 433.

⁶² *Ibid.*, p. 434.

livre circulação das pessoas com transtornos mentais, ao invés de se pautar no antigo modelo de assistência em hospitais psiquiátricos. A legislação estadual que corrobora com a RASP são: Deliberação CIB-RJ nº 1.839 de 08 de março de 2012 (aprovação da adesão do Estado do Rio de Janeiro na RAPS); Deliberação CIB-RJ nº 1.855 de 08 de março de 2012 (instituição do Grupo Condutor Estadual da RAPS); Deliberação CIB-RJ nº 2.043, de 08 de novembro de 2012 (planos de ação da RAPS para todas as regiões do Estado); e Deliberação CIB-RJ nº 1.782, de 10 de maio de 2012 (aprovação dos leitos de saúde mental em HG, que pactua os projetos técnicos para implantação de serviços hospitalares de referência para a RAPS)⁶³.

Com a nova reorientação quanto ao modelo de assistência de saúde mental, o processo de desinstitucionalização é um componente importante dessa Política. Ou seja, almeja-se a desconstrução de instituições fechadas, à exemplo dos hospitais psiquiátricos.

Busca, assim, que o cuidado das pessoas com transtorno mental ocorra em liberdade, em dispositivos extra-hospitalares, ampliando a autonomia dos usuários e promovendo a reinserção social.

No mais, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) municipais são referência quanto ao tratamento e acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves, assim como aqueles egressos de internações psiquiátricas de longa data.

Nesse sentido, faz-se indispensável tratar do trabalho do Ministério da Saúde em construir normas próprias para a atenção das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no âmbito do SUS. Em janeiro de 2014, instituiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), que foi aplicado no Piauí e no Pará.

⁶³ BRASIL. Secretaria da Saúde do Rio de Janeiro. RAPS - Rede de Atenção Psicossocial. *Legislação estadual*. 19.03.2013. Acesso em: 23 nov. 2020.

O referido serviço é composto por equipes compostas por cinco profissionais – enfermeiro, médico psiquiatra/médico com experiência em saúde mental, psicólogo, assistente social e um profissional com formação em ciências humanas (advogado, pedagogo, farmacêutico e entre outros) – que cumprirão carga horária de 30 horas semanais.

Assim sendo, trata-se de dispositivo que interliga os órgãos da Justiça aos pontos de atenção psicossocial⁶⁴ que visa garantir a individualização das medidas terapêuticas, operando caso a caso, além de permitir acesso e qualidade de tratamento, assim como o acompanhamento de sua execução em todas as fases do processo criminal. Fundamenta-se, por sua vez, na realização de ações para o fechamento da “porta de entrada” dos espaços manicomial judiciais, pautado em um processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Além disso, cabe ao gestor estadual da saúde (ou municipal) coordenar a EAP, sendo necessário o cadastramento da EAP no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e de seus respectivos profissionais. O serviço ficará vinculado a unidades do SUS, nunca se correlacionando com o HCTP, outro estabelecimento prisional ou hospitalar.

A forma de implementação desse serviço ao estado ou município se dá da seguinte forma:

- I - Apresentar Termo de Adesão ao Serviço, assinado pelo Secretário de Saúde do Estado.
- II – Elaborar o Plano de Ação para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei⁶⁵
- III - Cadastrar a

⁶⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. *Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei*. 2014. p. 13. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/eap.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

⁶⁵ Atualmente, o preenchimento do Plano de Ação é realizado por meio eletrônico via o programa FORMSUS. Após a elaboração do Plano de Ação, encaminhá-lo à Coordenação de Saúde no Sistema Prisional do Ministério da Saúde, pelo e-mail sprisional@saude.gov.br, a fim de que esta Coordenação possa avaliá-lo.

equipe no CNES. IV - Habilitar a equipe no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS)⁶⁶.

Dessa forma, com políticas públicas na promoção dos direitos das pessoas com transtorno mental, é possível se perceber que o melhor caminho para que o tratamento dos *loucos infratores* se dê em uma estrutura que vincule o judiciário e a saúde pública, afastando a ideia de encarceramento como forma de método terapêutico no trato da saúde mental e, assim, fechando a “porta de entrada” dos manicômios judiciários.

⁶⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. *Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei*. 2014. p. 21. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/eap.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

CONCLUSÃO

O objetivo do presente texto, a partir de uma lógica multidisciplinar integrada, é propor fechar “as portas de entrada” dos manicômios judiciários em que se enfatiza que, ainda que tenham ganhado nova roupagem – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico –, continuam a se fundamentar em um pensamento retrógrado pautado tão somente na periculosidade do que se entende como *louco infrator* que justificaria sua exclusão do âmbito social em prol da segurança pública.

A permanência de pessoas com transtorno mental, em manicômios acaba, na prática, por agravar as condições de saúde, bem como as possibilidades de reintegração social desses sujeitos que se encontram no sistema prisional psiquiátrico.

Quedam-se demonstradas as mazelas advindas do modo com que grande parte dos Estados do Brasil executam as medidas de segurança. Isso se apresenta de forma contundente ao considerarmos que os parâmetros legais desconsideram o tratamento do transtorno mental sofrido pelo paciente, impondo-os recursos diversos daqueles que seriam usados como método terapêutico caso esse indivíduo não estivesse em conflito com a lei penal.

Assim, a medida de segurança atua em descompasso com os princípios e fundamentos do direito à saúde, ao se contrapor ao SUS e a legislação sanitária e de saúde mental.

Ora, ao consideramos que a inimputabilidade afastaria a culpabilidade que faz parte do conceito tripartido de crime, a previsão legal da medida de segurança também perderia sua lógica dentro do escopo penal em que o Direito Penal deve ser utilizado em *ultima ratio*. Assim, caberia, em colaboração com o sistema de justiça criminal, a saúde pública tratar

desses indivíduos, de igual modo, aos demais serviços assistenciais para garantir a inclusão social do mesmo.

Os programas, previamente citados, demonstram resultados que indicam a necessidade de mudança na forma como se executa a medida de segurança da maior parte do País. Dessa forma, soluções de sociabilidade só poderão ser alcançadas frente a um projeto complexo e interdisciplinar, em que se favoreça os direitos humanos das pessoas com sofrimento mental autoras de delito. Ainda perpetuasse a noção de uma dupla estigmatização desse grupo social: loucos e perigosos.

Não importa como se escolha “olhar” a lei, seja a partir da medida de segurança como instituto válido para o Direito Penal ou questionando o cerne deste instituto com base na principiologia penal, deve ser priorizado o tratamento dos transtornos mentais de forma adequada frente a quaisquer outras questões. Não ter acesso aos recursos terapêuticos apropriados viola princípios como a dignidade da pessoa humana e a isonomia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASAGLIA, Franco (Coord.). *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª ed. JAHN, Heloisa (Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª ed. Rio de Janeiro: GRAAL, 2001.

BATISTA, Nilo. *Introdução crítica ao direito penal brasileiro*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2007.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal: parte geral*. 9ª ed. v. 1. São Paulo, 2004.

BRUNO, Aníbal. *Direito Penal*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 1967.

CAETANO, Haroldo (Coord.). Reforma Psiquiátrica nas Medidas de Segurança: a experiência goiana do PAILI. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 20, n. 1, 2010.

CARNEIRO, Hebert José Almeida. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. Responsabilidades. *Revista interdisciplinar do Programa de Atenção ao Paciente Judiciário*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, mar. 2011.

CARRARA, Sergio. *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CARVALHO, Salo de. *Antimanual de Criminologia*. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CARVALHO, Salo de. *Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro: fundamentos e aplicação judicial*. São Paulo: Saraiva, 2013.

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

DOWBIGGIN, I. *Inheriting Madness: Professionalization and psychiatric knowledge in nineteenth-century France*. Berkeley: University of California Press, 1991.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. RAMALHETE, Raquel (Trad.). Rio de Janeiro: Petrópolis/RJ; Vozes, 2013.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. SAMPAIO, Laura Fraga de Almeida (Trad.). São Paulo: Edições Loyola, 2012.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. Editora Perspectiva, 1972.

FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. *Tratado da inimputabilidade no direito penal*. São Paulo: Malheiros, 2000. 216 p. ISBN 85-7420-222-3.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. LEITE, Dante Moreira (Trad.). São Paulo: Perspectiva, 2015.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GRECO, Rogério. *Curso de Direito Penal Parte Geral*. 8ª ed. v. 1. rev., amp., e atual. Niterói: Impetus, 2007.

JESUS, Damásio E. de. *Direito penal*. 22ª ed. v. 1. São Paulo: Saraiva, 1999.

MAGNO, Patrícia F. Carlos. Assim morre o exame de cessação de periculosidade... In: *XIII Congresso Nacional de Defensores Públicos*. Teses e práticas exitosas. Tema Defensoria pública em defesa das pessoas em situação de vulnerabilidade. 2017.

NOGUEIRA, Carlos Frederico Coelho. *Efeitos da condenação, reabilitação e medidas de segurança*. Curso sobre a reforma penal. JESUS, Damásio E. de (Coord.). São Paulo: Saraiva, 1937.

NUCCI, Guilherme de Souza. *Manual de Direito Penal*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

PARMANHANI, André (Coord.). *Medida de Segurança um novo olhar*. Porto Alegre: Canal Ciências Criminais, 2020.

QUEIROZ, Paulo. *Direito Penal*. Parte Geral. 4ª ed. São Paulo: Lumenjuris, 2008.

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

TOLEDO, Francisco de Assis. *Princípios básicos de direito penal*. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

ZAFARONI, Eugenio Raúl; BATISTA, Nilo. *Direito Penal Brasileiro*. 4ª ed. v. I. [S.l.]: Revan, 2011.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. Coerção Formalmente Penal: Medidas de segurança e efeitos civis da condenação penal. In: ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de direito penal brasileiro*. 8ª ed. v. 1. Cap. 40. Parte geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

Artigos de internet

ALMEIDA, Francieli Batista. *Direito penal e loucura - A questão da inimputabilidade penal por doença mental e a aplicação das medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro*. abr. 2012. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/21476/direito-penal-da-loucura/6>. Acesso em: 24 nov. 2020.

ALMEIDA, Letícia Gabriella. *Medida de segurança e reforma psiquiátrica: A desconstrução do modelo penal-psiquiátrico do asilamento como alternativa à inclusão social do sujeito inimputável*. Jacarezinho/PR, 2018. Disponível em: <https://uenp.edu.br/pos-direito-teses-dissertacoes-defendidas/direito-dissertacoes/11015-leticia-gabriella-almeida/file>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BARROS-BRISSET, Fenada Otoni de. *Por uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/12880830/por-uma-politica-de-atencao-integral-ao-louco-infrator-tribunal-de-/19>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp/saude_mental. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei*. 2014. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/eap.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; ALMEIDA, Olívia Maria de. A luta antimanicomial continua! Problematizações sobre o manicômio judiciário na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira. 14 abr. 2018. Recebido em: 16 out. 2017. Aprovado em: 20 nov. 2017. *Revista InSURgência*, Brasília, a. 3, v. 3, n. 2, 2017.

DEFENSORIA pede à ONU providências contra manicômios judiciais. Quarta-feira, 14 de setembro de 2016. Disponível em:

<http://justificando.cartacapital.com.br/2016/09/14/defensoria-pede-onu-providencias-contramanicomios-judiciais/>. Acesso em: 10 set. 2019.

DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*. Censo 2011. Brasília: Editora UNB, letras livres, 2013. Disponível em:

http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiquiatrico_no_brasil_censo2011.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.

FÓRUM JUSTIÇA. *Defensoria no Cárcere e a Luta Antimanicomial*.

Disponível em: <https://www.forumjustica.com.br/wp-content/uploads/2015/08/Relatorio-DP-Antimanicomial.compressed.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

GRUPO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DO SISTEMA CARCERÁRIO. *Para onde vai quem comete crime e sofre de doença mental*. Disponível em: <http://gmf.tjrj.jus.br/noticias/noticia/-/visualizar-conteudo/5265985/5902838>. Acesso em: 24 nov. 2020.

MAGNO, Patricia Carlos; BOITEUX, Luciana. *Quando a luta antimanicomial mira no manicômio judiciário e produz desencarceramento: uma análise dos arranjos institucionais provocados pela defensoria pública no campo da política pública penitenciária e de saúde mental*. UNICEUB, 2018. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/325299628_QUANDO_A_LUTA_ANTIMANICOMIAL_MIRA_NO_MANICOMIO_JUDICIARIO_E_PROD_UZ_DESENCARCERAMENTO_UMA_ANALISE_DOS_ARRANJOS_INSTITUCIONAIS_PROVOCADOS_PELA_DEFENSORIA_PUBLICA_NO_CAMPO_DA_POLITICA_PUBLICA_PENITENCIAR. Acesso em: 28 nov. 2020.

MAGNO, Patricia Carlos; BOITEUX, Luciana. *Quando a luta antimanicomial mira no manicômio judiciário e produz desencarceramento: uma análise dos arranjos institucionais provocados pela defensoria pública no campo da política pública penitenciária e de saúde mental*. UNICEUB, 2018. Disponível em:

<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/5144/3712>. Acesso em: 10 nov. 2019.

MAGNO, Patrícia. E assim morre o exame de cessação de periculosidade. ANADEP. Livro Práticas e Teses Exitosas. In: *Congresso Nacional dos Defensores Públicos*. 13, 2017. Tema: Defensoria Pública em defesa dos grupos em situação de vulnerabilidade. p. 389-402. Disponível em: https://www.anadep.org.br/wtksite/Livro_Congresso_2017.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

MENEGHETTI, Gustavo; SAMPAIO, Simone Sobral. A disciplina como elemento constitutivo do modo de produção capitalista. *Rev. katálysis, Florianópolis*, v. 19, n. 1, p. 135-142, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802016000100135&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2020.

OLIVEIRA, Marcelo Matos de; FREITAS, Sérgio Henrique Zandona. A medida de segurança e dos direitos humanos: a periculosidade à luz da Lei 10.216/2001 e da necessidade de limitação do poder punitivo do estado. *Revista de Criminologias e Políticas Criminais*, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338114026_A_MEDIDA_DE_SEGURANCA_E_OS_DIREITOS_HUMANOS_A_PERICULOSIDADE_A_LUZ_DA_LEI_102162001_E_DA_NECESSIDADE_DE_LIMITACAO_D_O_PODER_PUNITIVO_DO_ESTADO. Acesso em: 28 nov. 2020.

PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário portador de Sofrimento Mental Infrator. *A cidadania do louco infrator*. Belo Horizonte. p. 3. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2017/07/Cartilha_Paipj_MG.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

PASSOS, Rachel Gouveia. *Holocausto ou Navio Negreiro?* Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum, Vitória*, v. 10, n. 3, dez. 2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d803/c69cbaad8a5987b4b34242f03163c1af35dc.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. *Rev. direito GV, São Paulo*, v. 13, n. 2, ago. 2017.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322017000200628&lng=en&nrm=iso. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/2317-6172201725>. Acesso em: 27 nov. 2020.

PRESÍDIOS como instituições totais: Uma leitura em Erwing Goffman. *Revista Consultor Jurídico*. 29 out. 1999 Disponível em:
[https://www.conjur.com.br/1999-out-29/leitura_erwing_goffman#:~:text=Segundo%20Goffman%20\(1974%2C%20Op.,vida%20fechada%20e%20formalmente%20administrada](https://www.conjur.com.br/1999-out-29/leitura_erwing_goffman#:~:text=Segundo%20Goffman%20(1974%2C%20Op.,vida%20fechada%20e%20formalmente%20administrada). Acesso em: 27 nov. 2020.

SILVA, Haroldo Caetano da. *Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança*. Informações gerais. Disponível em:
https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/cartilha_PAILI-GO.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.

SILVEIRA, Fernando de Almeida; SIMANKE, Richard Theisen. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, abr. 2009.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922009000100003&lng=en&nrm=iso. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1984-02922009000100003>. Acesso em: 23 nov. 2020.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. *Pinel e o nascimento do alienismo*. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/44288/30186>. Acesso em: 27 nov. 2020.

VIANNA, Adriana R. B. O aparecimento do manicômio Judiciário na passagem do século. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 185-187, apr. 2000. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132000000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2020.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, Paulo César. *Trabalho e transtornos mentais graves: breve histórico e questões contemporâneas*. *Psicol. cienc. prof.* [online]. v. 26, n. 1, 2006. ISSN 1414-9893.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932006000100014>. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000100014. Acesso em: 23 nov. 2020.

Legislação

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria no. 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Brasília, 2002. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Nacional e Penitenciária. *Resolução nº 4 de 30 jul. 2010*. Disponível em:
<http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2010/resolucao-no4de30dejulhode2010.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 1 de 02 jan. 2014*. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico*. Brasília, 2011. Disponível em:
http://pfdc.pgr.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 10.216 de 06 abr. 2001*. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Secretaria da Saúde do Rio de Janeiro. RAPS - Rede de Atenção Psicossocial. *Legislação estadual. 19.03.2013*. Disponível em:
<http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/994-atencao-a-saude/redes-tematicas/rede-de-atencao-psicossocial/16443-rede-de-atencao-psicossocial-raps-2.html?showall=>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 94 de 14 jan. 2014*. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 95 de 14 jan. 2014*. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Resolução nº 113 de 20 abr. 2010*. Disponível em:
https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_comp_113_20042010_25032019154646.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

Jurisprudência

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *HC 231124 SP 2012/0009866-0*. T5 - Quinta Turma. 23 abr. 2013. Rel. Ministra Laurita Vaz. Disponível em:
<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/23122528/habeas-corpus-hc-231124-sp-2012-0009866-0-stj/inteiro-teor-23122529>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *RHC 44587 SP 2014/0012821-0*. T5 - Quinta Turma. Data de Julgamento: 08 mai. 2014. Rel. Ministra Laurita Vaz. Disponível em:
<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/25078662/recurso-ordinario-em-habeas-corpus-rhc-44587-sp-2014-0012821-0-stj>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. TJ-RJ. *APL 0005200-13.2011.8.19.0029*. Sexta Câmara Criminal. Data de julgamento: 09 set. 2014 Rel. Rosa Helena Penna Macedo Guita. Disponível em: <https://tj-rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/375654223/apelacao-apl-52001320118190029-rio-de-janeiro-mage-vara-criminal>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. TJ-RJ. *APL 0006502-09.2010.8.19.0063*. Rio de Janeiro. Tres Rios. Segunda Vara. Oitava Câmara Criminal. Data de julgamento: 4 abr. 2018. Rel. Adriana Lopes Moutinho. Disponível em: <https://tj-rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/578518851/apelacao-apl->

65020920108190063-rio-de-janeiro-tres-rios-2-vara. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *HC 84219/SP*. Rel. Ministro Marco Aurélio. Decisão monocrática citada: HC 107157. Número de páginas: 14. Análise: 10 nov. 2011, MMR.

ANEXO 1

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

Ofício n. ____/____ Rio de Janeiro, (data).

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

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

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

Ref.: (n. processo VEP) Prezado Senhor,

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

Renovo meus protestos de elevada estima e consideração,

(direção da SEAP-HH)

II - EXAME PERICIAL DE AVALIAÇÃO PSICSSOCIAL

Identificação:

Nome:

Data de nascimento:

Nome dos pais:

Naturalidade:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Raça cfe. GRP:

Raça declarada:

Religião: (é livre para declarar ou não)

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

Residência:

Histórico:

Delito(s):

Versão do periciado sobre o delito:

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

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

Internação psiquiátrica e/ou tratamento psiquiátrico anterior ao delito: SIM
NÃO (especificar) História de abuso de álcool e drogas ilícitas: SIM NÃO
(especificar)

Estado atual:

Estado psíquico atual: Especificar Consciência da morbidade: Especificar

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

Exame psíquico e sumula psicopatológica:

Hipótese Diagnóstica atual:

Conclusão:

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

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

Perito Habilitado

III - EXAME MULTIPROFISSIONAL DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

Identificação:

Nome:

Data de nascimento:

Nome dos pais:

Naturalidade:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Residência:

Território:

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

Histórico:

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

Sanção penal instituída: (especificar a natureza da sanção penal: se PPL ou se MS ou se pena convertida em MS) Sanção penal anterior: SIM NÃO (especificar qual tipo)

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

Delito(s):

Internação psiquiátrica e/ou tratamento psiquiátrico anterior ao delito: SIM NÃO (especificar) História de abuso de álcool e drogas ilícitas: SIM NÃO (especificar)

Estado atual:

Estado psíquico inicial:

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

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

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

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

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

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

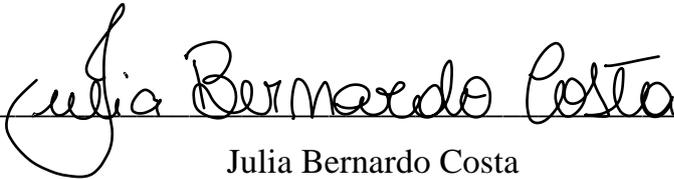
A presente avaliação conclui que o usuário/paciente deverá permanecer internado, até nova avaliação, sugerida ao fim de 90 dias a partir da data deste exame.

Equipe Assistente

V. EDITORAÇÃO

Art. 14. O (A) autor (a) deste trabalho declara para todos os fins de Direito ser este um trabalho inédito e autoriza o Departamento de Direito da PUC-Rio a divulgá-lo, no todo ou em parte, resguardados os direitos autorais conforme legislação vigente.

Rio de Janeiro, 28 de novembro 2020.


Julia Bernardo Costa