

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

NATHÁLIA APARECIDA PONTELO PACHECO

A APLICABILIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E O SISTEMA DE SAÚDE
MENTAL NO BRASIL

Ouro Preto
2019

NATHÁLIA APARECIDA PONTELO PACHECO

A APLICABILIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E O SISTEMA DE SAÚDE
MENTAL NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
curso de Direito, da UNIVERSIDADE FEDERAL
DE OURO PRETO.

Orientador: André de Abreu Costa

Ouro Preto
2019



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE DIREITO, TURISMO E MUSEOLOGIA
DEPARTAMENTO DE DIREITO



FOLHA DE APROVAÇÃO

NATHÁLIA APARECIDA PONTELO PACHECO

**A APLICABILIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E O SISTEMA DE SAÚDE
MENTAL NO BRASIL**

Membros da banca

ANDRÉ DE ABREU COSTA - DOUTOR - UFOP
EDVALDO COSTA PEREIRA JÚNIOR - MESTRE - UFOP
FEDERICO NUNES DE MATOS - DOUTOR - UFOP

Versão final
Aprovado em 12 de dezembro de 2019.

De acordo

Prof. Dr. André de Abreu Costa



Documento assinado eletronicamente por **André de Abreu Costa**, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR, em 02/01/2020, às 13:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0030343** e o código CRC **61408B9B**.

Referência: Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 23109.000006/2020-26

SEI nº 0030343

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35400-000
Telefone: 3135591545 - www.ufop.br

Dedico este trabalho a minha família que tanto lutou por mim. Aos meus amigos que sempre me incentivaram e foram compreensivos. Ao meu orientador André pelo carinho e ensinamentos. A Deus e a São Miguel Arcanjo pela proteção.

"[...]cenas que, por si sós,
deveriam envergonhar os ditames legais
das processualísticas penais e manicomiais;
mas, aqui é a realidade manicomial! [...]
E, ainda sobre as 3 cenas:
são 3 cenas de um mesmo filme-documentário:
Cena 1, das mortes sem batidas de sino;
Cena 2, das overdoses usuais e ditas legais;
Cena 3, das vidas sem câmbios lá fora
– que se reescrevam, então,
Os Infernos de Dante Alighieri;
mas, aqui é a realidade manicomial![...]
Mas, qual, ó Bubu!
isto aqui é a casa dos mortos,
e, na casa dos mortos,
quem tem um olho é rei,
porque esta é a máxima e a práxis
da casa dos mortos.

(Poema "A Casa dos Mortos", de autoria de Bubu, ex
interno com doze passagens por manicômios
judiciários.)

RESUMO

Esse trabalho se preza a analisar se a finalidade terapêutica das medidas de segurança é realmente eficaz e funcional. Os mecanismos adotados pelo ordenamento pátrio são ineficazes e tem maior intenção de controle social do que de tratamento curativo. A finalidade terapêutica é constantemente mitigada e o sistema é negligenciado. A investigação proposta também se dará de concepções sobre medidas de segurança, a situação do louco infrator, a constante violação de direitos, o que o sistema de saúde mental no Brasil oferece sob o égide da lei 10.216/01 e possíveis alternativas de cumprimento da sanção e melhora da sua eficácia que deveria ser terapêutica.

Palavras-chave: Medidas de Segurança. Saúde Mental. Lei da Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This work has set out to examine whether the therapeutic purpose of security measures is really effective and functional. The mechanisms adopted by the homeland order are ineffective and have a greater intention of social control than curative treatment. The therapeutic purpose is constantly being mitigated and the system is neglected. The proposed investigation will also be based on conceptions about security measures, the situation of the insane violator, the constant violation of rights, which the mental health system in Brazil offers under the law 10.216/01 and possible alternatives to enforce the sanction and improving its effectiveness that should be therapeutic.

Keywords: Security Measures. Mental Health. Psychiatric Reform Law.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATP's	Alas de Tratamento Psiquiátrico
CP	Código Penal
ECTP's	Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HCTP's	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
PAI-PJ ou PAI	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	AS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO DIREITO BRASILEIRO	10
2.1	PRESSUPOSTOS PARA APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA	12
2.1.1	Periculosidade	12
2.2	NATUREZA DA SENTENÇA	13
2.3	A REFORMA DE 1984	15
2.4	LIMITES MÍNIMOS E MÁXIMOS NO CÓDIGO PENAL	17
2.4.1	Limites mínimos	17
2.4.2	Limites Máximos	19
2.5	ESPÉCIES DE MEDIDA DE SEGURANÇA	20
2.5.1	Internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	20
2.5.2	Tratamento Ambulatorial	21
2.6	FINALIDADES	22
3	OS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA, OS LOUCOS INFRATORES E DIREITOS	24
3.1	QUEM SÃO ESSES LOUCOS INFRATORES?	25
3.2	SITUAÇÕES DEGRADANTES E VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS	28
4	O SISTEMA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	32
4.1	A HISTÓRIA DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS	32
4.2	A REFORMA ANTIMANICOMIAL E A LEI 10.216/01	34
4.3	O SUS E O SISTEMA DE SAÚDE MENTAL	38
5	POR UMA ADAPTAÇÃO HUMANIZADA DO DIREITO PENAL NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL	41
5.1	MOLDES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E AMPLIAÇÃO DO SUS	41
5.2	REINTEGRAÇÃO DO LOUCO INFRATOR NA SOCIEDADE	42
5.3	DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA	43
5.4	AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS	46
6	CONCLUSÃO	48
	REFERÊNCIAS	50
	ANEXO A — TABELAS DO LIVRO CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (DINIZ, 2013).	52

1 INTRODUÇÃO

O tema “A Aplicabilidade das Medidas de Segurança e o Sistema de Saúde Mental no Brasil” se aduz significativo de ser tratado na medida em que, ainda nos dias atuais, a loucura se configura como um estigma. Os mecanismos adotados pelo Código Penal, pelo Código de Processo Penal e pela Lei de Execução Penal se mostram insuficientes e ineficazes, além de serem negligenciados pelo Estado. Os doentes mentais, considerados inimputáveis ou semi imputáveis, por não entender o caráter ilícito do fato no momento da conduta, são submetidos a Medidas de Segurança: sanções que em tese deveriam possuir finalidade terapêutica e curativa, imposta pelo Estado, valendo do seu *jus puniendi*, sob a forma de execução de sentença. A pena (imposta a imputáveis que cometem um ilícito penal) tem finalidade retributiva, ao passo que as medidas de segurança sejam terapêuticas. Porém, ao se analisar a legislação e o caso concreto, as medidas de segurança, parecem servir mais para efetivar um controle social do que tratar dos loucos infratores. O presente trabalho considera os chamados loucos, internados em situações precárias e desumanas, a quem o sistema jurídico impôs medidas de segurança. A história dos Hospitais Manicomiais é eivada de crueldade e horrores, com intensa violação dos direitos humanos, que se estende até a atualidade. Nesse ínterim, indaga-se: **as medidas de segurança, que no seu cerne devem possuir finalidade terapêutica e curativa, cumprem esse papel de tratamento sem violar os direitos dos doentes mentais infratores e o sistema de saúde mental realmente funciona para esses sentenciados?**

Esse trabalho não tem o intuito de exaurir o lado processual referente a medida de segurança, mas mostrar algumas de suas características que sirvam para entender se essas possuem realmente função terapêutica, para se investigar a situação dos internados, o sistema de saúde mental no Brasil e o que se pode fazer para melhorar a vivência desses doentes mentais. A saúde mental e o crime, em partes, constituem um estigma em nosso ordenamento. A finalidade terapêutica das medidas de segurança é mitigada ou até mesmo esquecida. Essa situação é a base de questionamento para este projeto.

Com o advento da lei 10216/01 (conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica) foram estabelecidos mecanismos de proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em matéria de saúde mental. Ela possui um caráter humanitário e formula meios alternativos da internação hospitalar. Essa internação do doente mental só deve se configurar em casos extremos, devido a situação de segregação que se submete o portador da doença no interior dessas instituições, vedando e dificultando a sua reinserção

social. Todavia, essa lei não é obedecida, na maioria dos casos. Os hospitais judiciários negligenciam seu cumprimento e os direitos do doente infrator. Questiona-se o porquê da finalidade terapêutica ser tão mitigada no Brasil. Ainda que os Hospitais de Custódia integrem o sistema prisional, considerando os fins terapêuticos e de tratamento, em que deveria haver um cuidado humanizado dos loucos infratores, deve haver a integralização dessas instituições em unidade de saúde mental regida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sob a égide de um sistema mental apropriado. Os objetivos desse trabalho se configuram em visualizar a situação de pessoas em cumprimento de medida de segurança e as práticas vigentes nos manicômios judiciais brasileiros e averiguar a finalidade terapêutica das medidas de segurança, passando pela investigação sobre essa sanção e o tratamento oferecido, sem olvidar do estudo dos mecanismos existentes no ordenamento penal incompatíveis com o sistema de saúde mental, minorando a reforma antimanicomial.

O projeto se dará por estudo exploratório e a abordagem será qualitativa, tendo em vista motivações subjetivas de análise documental. Os instrumentos se configurarão por revisão de literatura e pesquisa documental. A situação de violação e vulnerabilidade dos internos nos Hospitais de Custódia no Brasil se constitui como amostra. As ideias centrais se baseiam no questionamento acerca das medidas de segurança e sua finalidade, se o viés terapêutico é cumprido e as suas características. O trabalho se constituirá de concepções sobre medida de segurança, a situação do louco infrator, o que o sistema de saúde mental no Brasil tem para oferecer e possíveis formas alternativas de cumprimento da sanção.

2 AS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO DIREITO BRASILEIRO

O primeiro capítulo desse trabalho se preza a definir as Medidas de Segurança no Direito Brasileiro, em um viés doutrinário e legislativo. Para fomentar o debate acerca da finalidade terapêutica da sanção aplicada aos inimputáveis é necessário conhecer as características dessas medidas e analisá-las no contexto do Estado Democrático de Direito.

O direito penal é uma forma de *controle social*, que tem como finalidade precípua proteger os bens jurídicos mais relevantes, porém se classificando como “ultima ratio”: uma última esfera para resolver conflitos na sociedade.

Nas palavras de Nilo Batista: “a missão do direito penal é a proteção de bens jurídicos, através da cominação, aplicação e execução da pena”. (BATISTA, Nilo. Introdução crítica ao direito penal brasileiro. p.116. Rio de Janeiro: Revan, 1996)

O tipo penal, em seu preceito primário, estabelece uma conduta, sob a égide do princípio da reserva legal em que “*não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal*” (Artigo 5º, inciso XXXIX, CF/88). Em seu preceito secundário, comina uma sanção penal para a conduta descrita.

Quando um agente imputável (maior de 18 anos, em pleno gozo de suas capacidades mentais) comete um crime (fato típico, ilícito e culpável), a ele é cominada uma sanção de caráter retributivo e preventivo, imposta pelo Estado, sob a forma de execução de sentença.

Medida de segurança, por sua vez, é uma *espécie de sanção penal* aplicada ao inimputável: uma pessoa portadora de doença mental (ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado), conforme definição traz o artigo 26 do Código Penal.

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

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

O “caput” do artigo supracitado refere-se aos inimputáveis propriamente ditos. O parágrafo único faz menção aos chamados semi-imputáveis, também conhecidos como “fronteiriços”, que em tese, possuíam um mínimo de capacidade de se guiar pelo entendimento do ato praticado. Podem sofrer pena ou medida de segurança, de acordo com suas circunstâncias pessoais: se restar comprovada a necessidade de

tratamento e o juiz, munido de perícia médica, constatar um grau de periculosidade, será submetido a medida de segurança. Nunca (devido ao sistema vicariante adotado pelo Código penal) pena cumulada com medida de segurança.

Nas medidas de segurança é imprescindível a relação entre o direito penal e a psiquiatria, pois cabe ao médico psiquiatra a elaboração dos exames psiquiátricos para comprovar a inimputabilidade de réus considerados doentes mentais (art. 26, CP). Ou que possam atestar a semi-imputabilidade (art. 26, parágrafo único, CP). Segundo Nucci:

“Enquanto imputabilidade é a capacidade de ser culpável e culpabilidade é juízo de reprovação social que pode ser realizado ao imputável, responsabilidade é decorrência da culpabilidade, ou seja, trata-se da relação entre o autor e o Estado, que merece ser punido por ter cometido um delito.” (NUCCI, 2017)

Em tese, essa imposição de medida de segurança se justificaria para que o agente que tenha demonstrado periculosidade não pratique nova infração. A finalidade seria terapêutica e para alguns autores preventiva. O sentenciado é internado em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou sujeito a tratamento ambulatorial.

Em continuidade a análise da legislação penal, o artigo 96 do Código Penal estabelece os tipos de medida de segurança.

Art. 96. As medidas de segurança são:

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

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

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

Eduardo Reale Ferrari, citando Luiz Flávio Gomes, estabelece:

“Luiz Flávio Gomes afirma que penas e medidas de segurança criminais constituem formas de controle social, devendo ambas ser obviamente limitadas e regulamentadas. Constituem formas de invasão do Poder Estatal na liberdade do homem, sendo que todos os instrumentos garantísticos inseridos na Constituição Federal de 1988 valem automaticamente para o inimputável e para o semi-imputável sujeito a tratamento, não podendo o operador do direito renunciar à análise dos princípios constitucionais norteadores a qualquer espécie de sanção penal” (FERRARI, 2001, p. 93).

As medidas de segurança, portanto, serviriam para atuar no controle social. Aqueles considerados inimputáveis por transtorno mental seriam um risco para a sociedade. Ao se considerar como legítimo um poder de disciplina que tem por escopo controlar os agentes desviantes (os loucos infratores), manipula-se o significado de risco e anormalidade na forma de uma normalização penal. O que compactua totalmente com os pensamentos de Foucault:

“É verdade que é a sociedade que define, em função de seus interesses próprios, o que deve ser considerado como crime: este, portanto, não é natural”. (FOUCAULT, 2014, p. 87).

2.1 PRESSUPOSTOS PARA APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

Enquanto a pena tem por base a culpabilidade do agente, a medida de segurança se vale da periculosidade do mesmo. O pressuposto para aplicação dessa sanção seria a prática de um ato típico e ilícito, somada com a ideia de periculosidade do agente e não deve haver uma imputabilidade plena.

Nesses moldes, portanto, para aplicação da medida de segurança, deve haver a prática de fato típico punível: um ilícito típico. O agente deve ser presumidamente “*perigoso*” e não ser imputável. Note-se que o semi-imputável só será submetido a medida de segurança se precisar de uma forma de tratamento terapêutico.

A jurisprudência do STJ elenca que:

“[...] em tema de ‘inimputabilidade (ou semi-imputabilidade), vigora, entre nós, o critério biopsicológico normativo. Assim, não basta simplesmente que o agente padeça de alguma enfermidade mental (critério biológico), faz-se mister, ainda, que exista prova (v.g. perícia) de que este transtorno realmente afetou a capacidade de compreensão do caráter ilícito do fato (requisito intelectual) ou de determinação segundo esse conhecimento (requisito volitivo) à época do fato, i.e., no momento da ação criminosa’ (HC n.º 55.230/RJ, Relator o Ministro Felix Fischer, DJ 1.º.08.2006)” (AgRg no HC 237.695-MS, 5.a T., rel. Marco Aurélio Bellizze, 27.08.2013, v.u.);

Assim, para instauração do incidente de insanidade mental, com o fim de comprovar se o agente era inimputável a data dos fatos, incapaz de se guiar por um entendimento da lei e mental, deve haver obrigatoriamente perícia médica.

2.1.1 Periculosidade

Posto que periculosidade é uma condição inerente a aplicação da medida de segurança, sua análise é importante. Dentre os pressupostos citados, é o que mais interessa a esse trabalho por se tratar de uma condição, segundo entendimento social, inerente ao louco. Uma contextualização muito relevante foi realizada por André De Abreu Costa, em seu livro “Penas e Medidas de Segurança”:

“[...] a periculosidade tornou-se o elemento fundamental na compreensão da determinação da medida de segurança e de sua manutenção. Como, de acordo com as regras de imputabilidade do Código Penal, para que alguém

seja considerado inimputável é preciso verificar a sua higidez mental no momento da conduta, esse critério acaba sendo complementado, em alguma medida, pelo juízo de perigo que o sujeito possa representar para si e para os que o cercam. Nos casos de inimputabilidade, essa periculosidade é presumida, mas serve para a determinação da medida de segurança, se detentiva ou restritiva; no caso de semi-imputabilidade, a periculosidade é o critério determinante para definir-se pela aplicação de pena reduzida ou medida de segurança e, também, para definir-se, como dito, a espécie de reprimenda.” (COSTA, 2018, p. 513).

Em análise, desprende-se que o conceito de periculosidade se baseia no juízo de valor em que o louco infrator, inimputável por doença mental, possua maior probabilidade de praticar uma conduta típica e ilícita ou voltar a cometê-la:

“É a “probabilidade de reiteração criminal”, a qual traduz essencialmente uma ideia de risco: “[...] um risco representado por circunstâncias que prenunciam um mal para alguém, ou para alguma coisa, resultando ameaça, medo ou temor à sociedade” (FERRARI, 2001, p. 153)

Essa ideia de presunção de risco e perigo inerente ao infrator inimputável impõe sanção e finalidade preventiva ao que seria de fim terapêutico. É notável que essa construção vem da gravidade contida no ato de cometer uma infração penal. A preocupação não parece ser a cura em si do agente, mas sua inocuidade. Se o tipo penal é igual para todos (imputáveis ou não), por que esse temor maior aos doentes mentais? Pelo simples fato de possuírem uma doença. O que é abstratamente irracional e confere um discurso preconceituoso, de diferenciação negativa. Assim, *volta-se a ideia de controle social, que legitima o direito penal.*

2.2 NATUREZA DA SENTENÇA

Antes de adentrar nas espécies da medida de segurança, é mister analisar a natureza jurídica da sentença proferida pelo juízo. A finalidade desse trabalho não é estudo de cunho puramente processual, porém a natureza da decisão que impõe medida de segurança é um tanto quanto contraditória em seu cerne, que causa dúvidas se seria absolutória ou condenatória.

O Código de Processo Penal elenca quando o juiz absolverá o réu:

Art. 386. O juiz absolverá o réu, mencionando a causa na parte dispositiva, desde que reconheça:
V – estar provado que o réu não concorreu para a infração penal;
Parágrafo único. Na sentença absolutória, o juiz:
III - aplicará medida de segurança, se cabível.

A sentença proferida pelo juiz é chamada de absolutória imprópria. Tecnicamente, quando o juiz rejeita a pretensão punitiva, estamos diante de uma absolvição ou de casos de ausência de culpabilidade. Todavia, a sentença de

imposição de medida de segurança não julga improcedente a acusação. Pelo contrário. Atesta a existência da prática de um ilícito típico, por um sujeito dotado de periculosidade criminal e que não é um imputável pleno, legitimando a aplicação de uma sanção penal. A decisão é restritiva de liberdade ou de direito em que o louco infrator é submetido a uma consequência jurídica em razão de sua conduta ilícita.

Eduardo Reale Ferrari, corretamente citando José Frederico Marques:

“Em conformidade com a ilustração de José Frederico Marques, embora denominada de absolutória, a sentença que submete o indivíduo à medida de segurança criminal é, na realidade, de conteúdo condenatório, impondo uma *sanctio juris* prevista pela ordem jurídico-penal” (FERRARI, 2001, p. 211)

Não se deve esquecer, pois, do fundamento terapêutico da medida, que tornaria então uma execução obrigatória de tratamento ao doente. É estranho se falar em *obrigar* alguém por sentença judicial, por meio de ordenamento jurídico e do direito de punir do Estado, a se submeter a um tratamento curativo. Então não seria, propriamente, absolver alguém, mas condená-lo a se tratar, em tese. Há, de fato, uma pretensão punitiva e uma efetiva sanção penal. A imposição de medida de segurança, por meio de sentença judicial, sendo, portanto, de natureza condenatória, ordena uma submissão do réu ao tratamento.

O mais correto seria se o Código de Processo Penal adotasse uma terminologia e maior rigor técnico, ao invés de citar medida de segurança em sentença absolutória. Mais plausível seria legislar que o juiz ao proferir sentença condenatória no caso de uma pessoa portadora de doença mental (ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado), referindo-se ao artigo 26 do CP, impor a medida de segurança, no que couber.

Por fim, o jurista Fernando Tourinho Filho aduz que:

“A doutrina, sem discrepância, entende que, in casu, há verdadeira condenação, porquanto a aplicação daquela medida implica uma restrizione d'indole personale o patrimoniale inflitta per sentenza del giudice (cf. Siracusa, apud Frederico Marques. Elementos, cit., v. 3, p. 36). Por isso mesmo, Colin Sanchez, definindo as sentenças condenatórias, conclui afirmando que, por meio delas, o Juiz declara o autor culpable, imponiendole por ello uma pena o uma medida de seguridad (cf. Derecho mexicano, p. 458). Entretanto, no nosso Código, ela se insere entre as absolutórias, mas a doutrina, sem perdoar o legislador, prefere denominá-la sentença absolutória imprópria, para distingui-la da genuína absolutória, pela qual se desacolhe a pretensão punitiva deduzida na peça acusatória, sem que possa o Juiz, sequer, aplicar medida de segurança.” (TOURINHO FILHO, 2009, p. 207).

2.3 A REFORMA DE 1984

O Código Penal Brasileiro é regulado pelo **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940**. Não obstante, este sofreu uma profunda alteração que modificou totalmente sua Parte Geral com a Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Que ficou conhecida como “Reforma de 1984”. Por óbvio, essa nova legislação reformou inteiramente no que tange às medidas de segurança.

Sobre o sistema regulado pela antiga legislação, preleciona Raúl Zaffaroni (2002):

"Código rigoroso, rígido, autoritário no seu cunho ideológico, impregnado de “medidas de segurança” pós-delituosas, que operavam através do sistema do “duplo binário” ou da “dupla via”. Através desse sistema de “medidas” e da supressão de toda norma reguladora da pena no concurso real, chegava-se a burlar, dessa forma, a proibição constitucional da pena perpétua. Seu texto corresponde a um “tecnicismo jurídico” autoritário que, com a combinação de penas retributivas e medidas de segurança indeterminadas (própria do Código de Rocco), desemboca numa clara deterioração da segurança jurídica e converte-se num instrumento de neutralização de “indesejáveis”, pela simples deterioração provocada pela institucionalização demasiadamente prolongada." (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2002, p. 222).

Até a reforma de 1984, referente as medidas de segurança, vigorava-se o sistema do duplo binário.

O sistema Duplo Binário configurava-se pela aplicação em conjunto de pena e medida de segurança. Mesmo que se sustentasse que ambas possuíam fundamentos distintos (o da pena, culpabilidade e medida de segurança, periculosidade). O réu era sentenciado e após o cumprimento da pena, continuava a cumprir a medida de segurança, em condições iguais a pena. Esse sistema violava claramente o princípio do *ne bis in idem*¹. Cerceava o direito à liberdade, em que ela deve ser a regra e não exceção. O sentenciado era submetido a duas penas referentes a um crime cometido. A pena tinha tempo determinado e a medida de segurança indeterminado, significando uma prisão perpétua para o preso.

Com a Reforma, esse sistema foi banido. Aos imputáveis, pena. Aos loucos infratores, medida de segurança.

"A partir da Reforma Penal de 1984 os condenados imputáveis não estarão mais sujeitos à medida de segurança. Os inimputáveis são isentos de pena, (art. 26 do CP), mas ficam sujeitos à medida de segurança. Os semi-imputáveis estão sujeitos à pena ou à medida de segurança, ou uma ou outra." (BITENCOURT, 2010, p. 782).

A grande crítica se dá ao fato de que não houve regulamentação em relação

¹ Princípio não expressamente previsto na Constituição Federal, do latim "não repetir sobre o mesmo", que estabelece que ninguém poderá ser punido mais de uma vez por uma mesma infração penal, ou seja, ninguém pode ser julgado duas vezes pelo mesmo fato delituoso.

ao limite máximo de duração da medida de segurança, mantendo o tempo indeterminado da medida de segurança e a violação da dignidade da pessoa humana.

O atual Código Penal, em seu artigo 97 estabelece esses limites:

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

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

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

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

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

O prazo de duração da medida, conforme Código Penal, é indeterminado, perdura até cessar a suposta periculosidade do agente. O prazo mínimo, ao revés, é fixado analisando-se o grau de perturbação mental e a gravidade da conduta cometida.

A indeterminação do tempo da sanção é viola a dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais. Como a vedação a penas de caráter perpétuo no Brasil, sob a égide da Constituição Federal de 1988, positivada no artigo 5º da mesma.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

XLVII - não haverá penas:

b) de caráter perpétuo;

Há uma violação clara ao direito à vida e a liberdade quando um sujeito com perturbação mental é julgado como autor de uma infração e colocado em um cumprimento de uma determinada medida de segurança, internado em um Hospital

de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sem tempo definido. Condição diferente de quando um imputável comete o mesmo crime e sua máxima de pena em concreto é 30 anos, vide artigo 75 do Código Penal². Se a finalidade da medida de segurança é tratar o louco infrator, não há racionalidade em manter o doente enclausurado em um ambiente segregador. Dessa forma, não há eficácia no tratamento terapêutico, além de somente violar os direitos do indivíduo.

2.4 LIMITES MÍNIMOS E MÁXIMOS NO CÓDIGO PENAL

Não se pode olvidar de que a Reforma de 1984 foi de suma importância para os direitos do sentenciado, em que afastou o sistema duplo binário e introduziu o sistema vicariante. Todavia, a falta de legislação sobre os limites dos prazos inerentes a duração da medida de segurança é objeto de imensa crítica, com toda razão.

2.4.1 Limites mínimos

Para análise mais aprofundada dos limites inerentes ao cumprimento da medida de segurança, é necessário retornar ao artigo 97 do Código Penal e alguns dos seus parágrafos.

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

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

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

Primeiramente, analisando o artigo referente a imposição de medida de segurança, afere-se que é vedado antes do período de um ano do início do cumprimento um exame para constatar a saúde mental e suposta periculosidade do agente. Percebe-se a existência a prazos mínimos obrigatórios, ferindo-se a individualização da pena.

De tal modo, em concordância com esse prazo mínimo, está Lei de Execução

² Art. 75 - O tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 30 (trinta) anos.

§ 1º - Quando o agente for condenado a penas privativas de liberdade cuja soma seja superior a 30 (trinta) anos, devem elas ser unificadas para atender ao limite máximo deste artigo.

§ 2º - Sobrevindo condenação por fato posterior ao início do cumprimento da pena, far-se-á nova unificação, desprezando-se, para esse fim, o período de pena já cumprido.

Penal em seu artigo 175, em que *"a cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte: [...]"*

Diante dessa obrigatoriedade indigna de um prazo mínimo para a averiguação da cessação de periculosidade do louco infrator, não resta dúvida sobre a despreocupação quanto a saúde mental do sentenciado. Se a finalidade da medida de segurança é terapêutica, é contraditório essa existência de prazo mínimo legal. A obrigatoriedade deste faz com que a medida de segurança fique mais atrelada a um modelo de pena privativa de liberdade e de fins preventivos do que essencialmente curativos. A cessação dos motivos que ensejaram uma medida de segurança, qual seja a doença mental do infrator, não pode estar sujeita a um prazo mínimo porque está atrelada a fatores psico-biológicos, que, obviamente, não tem data para surgir os primeiros sintomas e nem para a cura ou estabilidade da doença.

O Código Penal, que regula sobre essa imposição de medidas de segurança, deve, urgentemente, passar por uma alteração que disponha sobre a inexistência de uma prazo mínimo legal e admitir uma perícia médica e exames correlatos a qualquer tempo, rompendo a hipocrisia de que as medidas de segurança possuem caráter terapêutico mas é obrigatório um tempo mínimo para saber se o indivíduo se encontra em situação em que se cessou sua periculosidade, constituindo-se, claramente, um modelo de prevenção geral positiva.

Ademais, além do fato da contradição entre um prazo mínimo de internação, sendo uma medida de caráter curativo e terapêutico, tem-se o artigo 176 da Lei de Execução Penal.

Art. 176. Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.

Esse artigo continua demonstrando a existência de uma prazo mínimo, porém, a contrario sensu, e em uma concepção isolada, admite-se *"ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança"* a requisição do exame de verificação da cessação de periculosidade.

O Código Penal deve reforçar o elencado nesse artigo supracitado da Lei de Execução Penal, abolindo o limite mínimo para realização de exames. Assim, corroborar com a finalidade terapêutica da medida de segurança, e não preventiva. Deve-se mencionar que, de acordo com a Constituição Federal, liberdade é regra e não exceção. Tais normas atuais de internação do indivíduo com o prazo mínimo só reforça a ideia de esquecimento e inocuização dos doentes mentais infratores no Brasil.

2.4.2 Limites Máximos

Conforme o já visto *artigo 97, §1, do Código Penal*³, o tempo de cumprimento da medida de segurança será por tempo indeterminado, até cessar a periculosidade do agente. O ordenamento penal é totalmente omissivo quanto ao prazo máximo de duração da medida, constituindo uma grave violação a proibição de penas de caráter perpétuo.

Diante de vários questionamentos e precedentes, o STJ sumulou entendimento de que a duração da medida de segurança não pode ultrapassar o limite máximo da pena abstrata cominada à infração:

Súmula 527 - O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. (Súmula 527, TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 13/05/2015, DJe 18/05/2015)

Dessa forma, fica estabelecido o tempo máximo para cumprimento da medida de segurança. Importante frisar que desde 1984 (ano da Reforma do Código Penal) até o ano de 2015, quando foi regulada a Súmula 527, só havia precedentes jurisprudenciais sobre o tema, dos quais destaco:

"[...] Em atenção aos princípios da isonomia, proporcionalidade e razoabilidade, aplica-se, por analogia, o art. 75 do Diploma Repressor às medidas de segurança, estabelecendo-se como limite para sua duração o máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, não se podendo conferir tratamento mais severo e desigual ao inimputável, uma vez que ao imputável, a legislação estabelece expressamente o respectivo limite de atuação do Estado. [...]" (AgRg no HC 160734 SP, Rel. Ministro JORGE MUSSI, QUINTA TURMA, julgado em 01/10/2013, DJe 08/10/2013)

Nesse voto, o ministro preceitua que não deve haver "*tratamento mais severo e desigual*" ao inimputável, citando os princípios constitucionais da isonomia, proporcionalidade e razoabilidade, uma vez que ao imputável, aquele infrator considerado mentalmente capaz, há um limite expresso de cumprimento de pena positivado na legislação penal. Em analogia com a finalidade desse trabalho, entende-se que um tratamento mais severo não seria condizente com a situação do doente mental inimputável, já que a ele é imposto uma medida terapêutica.

³ Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. § 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

[...] Levando em conta o preceito segundo o qual 'não haverá penas de caráter perpétuo' (art. 5º, XLII, b, da CF) e os princípios da isonomia e da proporcionalidade, a Sexta Turma adotou o entendimento de que o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. [...] (HC 174342 RS, Rel. Ministro SEBASTIÃO REIS JÚNIOR, SEXTA TURMA, julgado em 11/10/2011, DJe 14/11/2011)

A decisão do ministro está, igualmente ao primeiro julgado supracitado, intrinsecamente ligada aos princípios constitucionais constantemente violados quando se trata de medida de segurança, como isonomia, proporcionalidade e razoabilidade. O entendimento de que o tempo máximo do cumprimento da medida de segurança seja aquele da pena em abstrato é racional e condizente com os direitos positivados pelo ordenamento jurídico pátrio.

2.5 ESPÉCIES DE MEDIDA DE SEGURANÇA

Após a Reforma de 1984, vigora o sistema vicariante, como explorado no item anterior. Atualmente, pelo Código Penal, essas medidas são divididas em 2 espécies: **Internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Tratamento Ambulatorial**. Ambas reguladas pelo artigo 97⁴ do mesmo código.

Essas espécies se aduzem como a parte mais relevante perante a configuração das medidas de segurança, uma vez que durante esse cumprimento, que devia ser curativo, terapêutico e de tratamento, é que ocorrem as graves violações da dignidade do louco infrator. O interior desses Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, antigamente conhecidos por manicômios judiciais, é precário e o modelo de saúde insuficiente, tema que será abordado com afinco nesse trabalho, nos próximos capítulos.

2.5.1 Internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Conforme previsão legal, se o infrator, considerado inimputável ou semi-imputável que necessite de tratamento, comete um crime punível com reclusão, ele

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

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

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

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

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

deve ser internado em algum Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou na falta de um deste, em algum estabelecimento adequado. Essa medida é conhecida como detentiva. Antes da Reforma de 1984 se falava em Manicômios Judiciários. Destarte a mudança de nome, novos estabelecimentos não foram construídos desde então e na prática, continua igual.

Bittencourt afirma, em forma de crítica, que *"a nova terminologia adotada pela reforma não alterou em nada as condições dos deficientes manicômios judiciários, já que nenhum Estado brasileiro construiu os novos estabelecimentos."* (BITENCOURT, 2018, p. 1382). Evidenciando-se a falta de atenção a lei e ausência de investimentos do Estado para melhora da condição do louco infrator.

2.5.2 Tratamento Ambulatorial

Se o fato imputado é punível com detenção, o imputável ou semi-imputável pode ser submetido a tratamento ambulatorial, que se configura sem internação. Os crimes puníveis com detenção são, em tese, menos reprováveis, portanto, em conformidade com o princípio da proporcionalidade, não se justificaria a privação da liberdade, mas apenas uma restrição de direitos, pois a liberdade em nosso ordenamento é sempre regra. Regra, também, é, não podemos esquecer, quando se fala em medida de segurança, a internação. Conhecida como medida restritiva. Todavia, as condições pessoais do agente, sua higidez mental, seu estado e circunstâncias do crime, podem justificar uma sanção mais ampla, no caso, o tratamento ambulatorial.

Esse tratamento, pode ser convertido, a qualquer tempo, em internação, se a situação do sentenciado aferir, para maior efetividade do fim curativo. Essa disposição está prevista no artigo 97, §4, do Código Penal, regulando que *"em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos."*

Esse tratamento supracitado, segundo a Lei de Execução Penal, no artigo 101, é elencado que *"o tratamento ambulatorial, previsto no artigo 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada."*

Novamente, Bittencourt reitera:

"O tratamento ambulatorial é apenas uma possibilidade que as circunstâncias pessoais e fáticas indicarão ou não a sua conveniência. A punibilidade com pena de detenção, por si só, não é suficiente para determinar a conversão da internação em tratamento ambulatorial. É necessário examinar as condições pessoais do agente para constatar a sua compatibilidade ou incompatibilidade com a medida mais liberal. Claro, se tais condições forem favoráveis, a substituição se impõe."

2.6 FINALIDADES

A medida de segurança, conforme dito, é a sanção imposta ao inimputável, que por doença mental, não é capaz de entender o caráter ilícito do fato. Por ser uma forma de sanção, ela subsiste ao lado da pena, ainda que com finalidade diferente. As medidas de segurança, ao serem impostas aos doentes mentais, tem finalidade terapêutica, curativa. Se prestam a tratar do indivíduo mentalmente incapaz, tanto no caso de inimputabilidade ou de semi-imputabilidade (quando a perícia medica aduz que esse agente necessita de tratamento, ainda que não inteiramente incapaz de entender a ilicitude do fato).

Ao contrário da pena, em que a culpabilidade é fundamento, nas medidas de segurança, o agente pratica uma conduta típica e ilícita, mas não culpável, devido a sua condição mental. Por óbvio, as finalidades devem ser diferentes. Todavia, elas se coadunam no fato de serem privativas de liberdade ou restritivas de direito. Sendo assim, em tese, possuindo caráter curativo, de tratamento e também preventivo, pois o Estado ao tratar o louco infrator espera que ele não volte a delinquir.

Guilherme Nucci, citando Zaffaroni e Pierangeli, demonstra esse caráter paradoxal:

“Em posição análoga ao conceito [...] estão os posicionamentos de PIERANGELI e ZAFFARONI, sustentando ser a medida de segurança uma forma de pena, pois, sempre que se tira a liberdade do homem, por uma conduta por ele praticada, na verdade o que existe é uma pena. Toda privação de liberdade, por mais terapêutica que seja, para quem a sofre não deixa de ter um conteúdo penoso. Assim, pouco importa o nome dado, e sim o efeito gerado. É a postura majoritária.” (NUCCI, 2019, p. 1245).

O paradoxo está presente quando se submete alguém a um tratamento curativo, com uma sentença *sui generis* de execução obrigatória. Se a finalidade é terapêutica, do grego *therapeutikós*⁵, “aquele que tem propriedade de cura”, não deveria vir acompanhado de um encargo, qual seja, a privação de liberdade. Se a doença seria o mal que atinge o ser humano, que causa dor e morte, o tratamento seria benéfico. É irracional impor a alguém um tratamento forçado que lhe cause consequências até mesmo sociais, devido ao enclausuramento em condições irregulares.

André de Abreu Costa critica essa definição da finalidade preventiva e terapêutica ao mesmo tempo, aplicando uma visão utilitarista que se encaixa totalmente ao tema:

“Para nós, a aplicação da medida de segurança não pode ter fins

⁵ Significado: “que tem propriedades de cura ou tratamento de doenças”. in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <https://dicionario.priberam.org/terap%C3%AAAutico> [consultado em 23-10-2019].)

preventivos [...] e tem, apenas, fundamento utilitário, uma vez que se dirige, certamente, a uma tentativa de impedir a repetição de atos lesivos por inimputável perigoso, através de procedimento terapêutico. [...] Se o sentido da prevenção é a construção racionalmente motivada de um comportamento normativamente adequado, parece-nos impensável que a medida de segurança, dirigida a alguém reconhecidamente incapaz de tal motivação, possa cumprir essa missão dissuasória. [...] Dessa forma, a única justificativa possível para a imposição da medida de segurança, especialmente a de internação, é utilitária.” (COSTA, 2018, p. 488).

O utilitarismo se configura por ser uma doutrina ética em que a máxima é: **“Agir sempre de forma a produzir a maior quantidade de bem-estar”**, por Jeremy Bentham (1748-1832) e John Stuart Mill (1806-1873). Seu fundamento se cria no princípio da utilidade, em que a ética deve se atrelar à ideia de praticidade, em que a ação deve proporcionar o maior bem estar ao maior alcance de pessoas na sociedade, sendo assim a ação correta do ponto de vista moral. A máxima de se relacionar as finalidades da medida de segurança com o utilitarismo é acertada. Tendo em vista que o louco infrator é visto como sujeito dotado de periculosidade para si e para a sociedade (sendo a periculosidade até mesmo pressuposto para aplicação de medida de segurança), e que o crime deve ser combatido para o bem estar social, com a ideia de proteção de bens jurídicos do direito penal e levando em consideração o garantismo penal vigente, o mais “útil” seria inocuizar o indivíduo. Isso é: fingir que ele não existe e prendê-lo em um hospital judiciário sob o pretexto de tratamento curativo. Essa concepção ganha mais força ao se pensar no tempo indefinido positivado pela legislação penal do tempo máximo de duração da medida de segurança. É uma reação institucionalizada àquilo em que a sociedade tem como reprovável: a conduta típica e ilícita. Soma-se, ainda, a essas acepções, o fato do louco infrator ser um invisível aos olhos do Estado, em que políticas públicas para os próprios são escassas ou não aplicadas. Portanto, a medida de segurança seria a forma sancionatória mais útil simplesmente por neutralizá-los sob a égide de uma tratamento precário.

3 OS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA, OS LOUCOS INFRATORES E DIREITOS

O inimputável, possuidor de moléstia mental, ao ser submetido a medida de segurança, deverá ser internado em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou passar por tratamento ambulatorial. A internação, entretanto, acaba sendo um longo período em cárcere, já que depende não de tempo de pena, mas de cessação de periculosidade. Ressalta-se que, nesse capítulo será abordado o funcionamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, onde estão os loucos infratores internados: aqueles que realmente sofrem devido ao mau funcionamento dessas instituições e pelo estigma da loucura. Será analisado a finalidade terapêutica desse tratamento, se ela ocorre ou se seria somente uma submissão ao sistema de controle social para afastar os considerados doentes mentais da sociedade.

As pessoas submetidas a medida de segurança são enviadas para esses Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs). O juiz, munido de perícia médica e do incidente de insanidade mental que confirma a doença mental, julga o indivíduo inimputável: cometeu uma conduta típica e ilícita, mas no momento do fato era incapaz de entender o caráter ilícito e não tinha clareza mental para saber o que fazia. Portanto, o Estado, fazendo valer seu *jus puniendi*, interna o sentenciado para tratá-lo, até cessar sua doença ou sua periculosidade.

O livro da Débora Diniz, “Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil: Censo 2011” elenca que:

“Em 2011, o conjunto dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) no Brasil era formado por 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), localizadas em complexos penitenciários. Nos estados de Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins, não havia ECTPs. As três ATPs estavam localizadas no Distrito Federal, no Mato Grosso e em Rondônia. Os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo possuíam três unidades de HCTP, e os demais 17 estados possuíam uma única unidade HCTP cada um. Em 2011, a população total dos 26 ECTPs era de 3.989 indivíduos, entre os quais 2.839 estavam em medida de segurança, 117 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 1.033 estavam em situação de internação temporária. A população total era formada por 92% (3.684) de homens e 7% (291) de mulheres. No Brasil, pelo menos 25% (741) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada, por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva.” (DINIZ, 2013, p. 85).

Sob essa investigação feita pela autora em seu livro, tem-se a realidade da população submetida a medida de segurança dividida por instituições e números. A identidade dessas pessoas, ainda que descrita em dados, é muito relevante para se investigar o que ocorre no cumprimento das medidas de segurança.

3.1 QUEM SÃO ESSES LOUCOS INFRATORES?

Antes de mostrar dados que identificam as pessoas submetidas a medidas de segurança, é mister demonstrar o que ocorre com esses indivíduos a partir do momento em que entram nesse sistema de internação. O doente mental quando pratica uma conduta típica e ilícita, passar a ser taxado de criminoso, ou, louco criminoso. Sabemos que a loucura se configura um estigma e quando a loucura encontra o crime, o sujeito logo é taxado como perigoso. Nesse ínterim, acontece a “despersonalização” do doente mental. Isso é: todas suas características, tudo que ele já viveu, sua história de vida, passam a não existir e ele se transforma em “o louco criminoso”. Esse processo é chamado de *essencialização*, em que o sujeito se caracteriza unicamente pelo o que o sistema lhe atribui, somente.

“Se a permanência do condenado é longa na instituição total ele passa a sofrer um processo gradativo de desculturação, isto é, ele sofre progressivamente uma série de rebaixamentos, humilhações, degradações pessoais e profanações do eu. Esse mecanismo mortificador inicia-se com o processo de recepção do condenado. Ele passa a ser desculturado, inicialmente, pela perda do nome e com a atribuição de um número de prontuário que passará a ser sua nova identidade. Ele será privado de seus pertences pessoais (roupas, documentos, dinheiro, etc.) e lhe será dado um uniforme padrão, exatamente igual a de outros condenados. A partir daí ele é medido, identificado, fotografado, examinado por um médico para depois ser lavado, o que simboliza despir-se de sua velha identidade para assumir uma nova (SHECAIRA, 2011, pp. 316/317).”

Não há dúvidas de que a permanência do doente infrator nos hospitais judiciários é longa. Mesmo porque o a legislação vigente não positivou um tempo máximo e o pressuposto de “cessação da periculosidade” é muito abstrato, pois o que se vê nas instituições é algo muito aquém do que seria um tratamento curativo para tratar a doença e, assim, presumidamente, cessar a periculosidade. Durante o tempo nesse lugar, o interno perde sua identidade mantida no meio social: sua casa, suas relações familiares e sociais, seu trabalho, seus pertences. Suas características passam a ser um uniforme e seu nome vira um número de prontuário médico. Cada louco infrator passa a ser igual ao outro, não há individualização.

Mariana de Assis Brasil e Weigert, citando Jock Young afirma:

“Com efeito, a estigmatização pode ser pensada como uma das etapas fundamentais da essencialização ou essencialismo, trabalhado por Jock Young. Conforme Young, a essencialização dos criminosos e dos desviantes (pessoas que agem em desconformidade com os padrões sociais, como os considerados loucos, por exemplo) é o pré-requisito necessário para a sua demonização e posterior exclusão social (Young, 2002, p. 157). O estereótipo aplicado ao outro, a essencialização da alteridade, permitiria uma conveniente simplificação, a partir da identificação de determinadas características de pessoas e de grupos considerados anormais.” (WEIGERT, 2015, p. 131).

Essa “exclusão” na forma de descaracterização do sujeito dá início ao processo de anulação individual. Pessoas de determinadas características (no caso, os doentes mentais que cometem crimes) são consideradas anormais e a medida mais fácil para controle social é neutralizá-los a partir de uma simplificação, agrupamento, desculturação.

Os dados a seguir mostram essencialmente o estopim dessa descaracterização: a dor em números. Pessoas, desconhecidas, se tornam estatísticas. Estatísticas essas deficitárias, pois a pesquisa sobre os doentes que se encontram em cumprimento de medida de segurança é escassa. Essa escassez, no entendimento desse trabalho, não se caracteriza pela dificuldade de logística, mas sim pela ideia de difícil obtenção de dados, uma vez que esses sentenciados são descaracterizados e anulados na sociedade.

Não se tinha até 2011 dados sobre essas pessoas, que são presumidamente considerados perigosos e assim neutralizados do convívio social. O livro da Debora Diniz, “Custódia e Tratamento Psiquiátrico” traz informações dessas pessoas, de onde foram extraídos os números de mostrados a seguir. A intenção desse tópico é mostrar quem são essas pessoas submetidas a medidas de segurança, torná-las visíveis aos olhos do leitor.

Já no começo do estudo, Diniz afirma:

“No entanto, após quase um século de funcionamento dos ECTPs e mais de setenta anos de execução das medidas de segurança para inimputáveis em razão de doença ou deficiência mental no Brasil, a população que vive nos ECTPs é desconhecida. Pouco ou quase nada se sabe sobre o perfil socioeconômico, as infrações, os diagnósticos, as trajetórias penais e os itinerários jurídicos das pessoas em medida de segurança no Brasil. O desconhecimento sobre o perfil dessa população é um obstáculo para o planejamento e aperfeiçoamento das políticas penitenciárias e de assistência em saúde mental voltadas à população em medida de segurança.” (DINIZ, 2013, p. 11).

Os dados a seguir estão apresentadas em tabelas no “Anexo A” desse trabalho. No Brasil, existem 23 hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, 3 alas de Tratamento Psiquiátrico. A população total compreendida nessas instituições é de 3.989 pessoas, sendo 3.684 homens, 291 mulheres e 14 sem identificação de sexo. Nota-se que a maior população nessas instituições é composta por homens, 92 %. Em tese, uma mulher para cada 12 homens. (Tabela 1)

Quanto a faixa etária, a maioria de pessoas internadas tinham entre 20 e 39 anos, concentrando 58% (2.322). A média de idade era de 39 anos. (Tabela 2).

Outro dado fundamental é sobre o grau de escolaridade dos sentenciados. Analfabetos eram 23% (933) e 43% (1.713) tinham ensino fundamental incompleto, 13% (534) ensino fundamental completo, 6% (226) ensino médio e 0,8% (33) ensino superior. Uma pessoa tinha pós graduação. (Tabela 3). Evidencia-se que a

concentração de internados é daqueles com baixa escolaridade, ou nenhuma. Pessoas que já são vistas com estigma por não possuírem escolaridade suficiente, uma vez que a baixa escolaridade é observada, socialmente, como pressuposto para criminalidade, sem evidências de que seja realmente dessa forma.

Correlato a escolaridade, tem-se a profissão. Trabalhadores de serviços administrativos, vendedores do comércio, trabalhadores da área agropecuária, florestais e da pesca concentravam 31% (1.228). Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais exerciam 22% (875) das ocupações. Aqueles sem profissão constituíam 17% (687) da população total. (Tabela 4). Note que, portanto, a maioria das profissões são aqueles que não exigem uma qualificação técnica ou de graduação, talvez atreladas ao nível de escolaridade baixo dos internados.

Entre uma esfera de 91 diagnósticos entre a população total de 2.956 pessoas, houve uma concentração de diagnósticos de esquizofrenia nos sentenciados em medida de segurança, com 42% (1.194) dos casos. (Tabela 5). Isso evidencia que não é só uma doença mental ou um certo tipo de transtorno que faz a pessoa delinquir ou o cometimento de um crime em específico, como sugere a esfera de infrações cometidas. O censo identificou um universo de 99 infrações penais entre a população total de 2.956 indivíduos em medida de segurança. As 2.839 medidas de segurança sem conversão de pena haviam sido motivadas por 3.133 infrações penais, uma vez que uma única pessoa internada pode cumprir medida de segurança por duas ou mais infrações penais concomitantes. Havia uma concentração de crimes contra a vida, somando 43% (1.228) das medidas de segurança, seguida de crimes contra o patrimônio, com 29% (818). Entre os crimes contra a vida, 67% (829) foram homicídios e 33% (397) foram tentativas de homicídio. Crimes contra a dignidade sexual somavam 15% (423) das medidas de segurança. (Tabela 6).

Por último, dados preocupantes. 93% da população em medida de segurança não possuía sentença para serem desinternados. E o tempo de cumprimento de medida de segurança de alguns sentenciados em relação a pena máxima em abstrato, onde o tempo de cumprimento extrapola os 30 anos em alguns casos, sendo inconstitucional e também a pena máximo do crime em abstrato. (Tabelas 7 e 8)

Nota-se que os pobres, com baixa escolaridade e profissão de status inferior são os que mais sofrem com a internação. No Brasil, sabe-se que há uma disparidade enorme de justiça social. As pessoas com grau mínimo de educação, humildes, de baixa renda tem pouco acesso a meios de defesa, na maioria das vezes a elas designadas um defensor público, visto que pelo princípio da ampla defesa, contraditório e o ordenamento pátrio, todos os cidadãos têm direito a defesa

por um advogado. Porém, sabe-se também do inchaço do sistema judiciário, com um número inefetivo de defensores públicos, que não conseguem suportar todos os casos com o suporte adequado. Sem efetiva assistência, os loucos infratores apodrecem nos manicômios. Em segundo caso, os doentes mentais não têm voz, no sentido figurado. As pessoas por má vontade não dão a eles a chance de falar e a maioria, devido a sua enfermidade, também não conseguem se expressar claramente.

Quanto a periculosidade, Debora Diniz afirma:

“ arrisco anunciar o que considero o resultado mais importante do censo: não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos. O diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco. O que há são indivíduos em sofrimento mental que, em algum momento da vida, por razões que não fomos capazes de identificar pela pesquisa documental em dossiês, cometem infrações penais. É possível supor que a ausência de tratamento de saúde, o abandono de redes sociais de cuidado e proteção, a carência de políticas sociais eficazes para essa população possam ser fatores desencadeantes do ato infracional. O que descobrimos, no entanto, é que essa é uma população majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho, que em geral cometeu infração penal contra uma pessoa de sua rede familiar ou doméstica” (DINIZ, 2013, p. 15-16)

Esse trecho confirma a forma de controle social sob a égide da periculosidade: os doentes mentais são internados não pelo crime que cometeram, mas devido a sua enfermidade. A doença, em si, não interfere no tipo de crime cometido, cuja razões deste podem ser diversas: abandono sócio-afetivo, falta de políticas sociais e tratamentos corretos.

A mesma autora escreve: *“Acredito que o direito a estar no mundo é um direito humano, e o mais diretamente violado pelo regime de asilamento compulsório e pelo tempo indeterminado imposto pela medida de segurança no Brasil.”* (DINIZ, 2013, p. 14).

3.2 SITUAÇÕES DEGRADANTES E VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS

Antes do Censo 2011, houve o **Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, realizada pela Câmara dos Deputados no ano de 2000**. Chamada de “Uma amostra da realidade manicomial brasileira”, a Caravana buscou conhecer a realidade das medidas de segurança, nos hospitais psiquiátricos comuns quanto HCTPs. Já em 2000, a situação dos loucos infratores internados era precária (como ainda continua nos dias atuais). As constatações revelam uma grave violação de direitos humanos e negligência no tratamento aos doentes.

“A segunda instituição visitada em Manaus foi o manicômio judiciário que, ao contrário do que indica o seu nome, não oferece qualquer tipo de tratamento aos seus internos. Quando de nossa visita, havia 24 internos na

instituição, um pequeno pavilhão dentro da área onde está localizada a Cadeia Pública de Manaus. Neste pavilhão há 5 celas; três delas absolutamente inabitáveis. Esses espaços violam flagrantemente as normas básicas previstas pela própria Lei de Execuções Penais (LEP) e os princípios internacionais ratificados pelo Brasil. São celas escuras, sem ventilação, com dimensões inferiores aos 6 metros quadrados onde se empilham pessoas doentes. Não há um corpo técnico na instituição. O único psicólogo é o diretor. As três celas referidas devem ser imediatamente interditadas e o estado deve providenciar a formação de um corpo técnico capaz de, efetivamente, tratar os internos.” (Brasil, 2000, online)

Desse trecho, evidencia-se a falta de tratamento aos internos juntamente com a violação clara dos direitos humanos e da própria legislação penal que regula o assunto. Há ausência de condições dignas de espaços destinados aos sentenciados e de equipe médica. Mais uma vez, aufere-se a falta de finalidade terapêutica no caso concreto.

“[...] a instituição possui 70 leitos (56 para homens e 14 para mulheres). No dia de nossa visita abrigava 336 (trezentos e trinta e seis) internos. [...] No dia em que lá estivemos, a única profissional de nível superior presente na instituição era a médica plantonista. Esta profissional estava trancada em sua sala, dormindo. A sala onde ficam os médicos plantonistas é gradeada. Perguntada a respeito, a profissional revelou que teme muito por sua segurança e que, com a grade, sente-se melhor. Superlotado, o HCTP é uma casa de abandono e violência. Os pacientes não são tratados. Aliás, não são sequer concebidos como pacientes. Estão trancafiados em celas imundas e fétidas. Alguns deles, isolados e completamente nus. Segundo a médica plantonista, ficam nus por prescrição médica pois são pacientes com risco de suicídio. Neste caso, como não há outro recurso técnico, nem pessoal para garantir que esses pacientes sejam observados, providencia-se no seu isolamento e se lhes retiram as roupas. (sic) Os pavilhões onde estão amontoados os internos são prédios inabitáveis, lúgubres e pestilentos. Em muitas celas, os internos convivem com seus próprios dejetos. A maioria é obrigada a dormir no chão. Os banheiros são imundos e em alguns não há sequer água. Quando de nossa visita, fazia um mês que o hospital estava sem qualquer medicação para fornecer aos internos. Tudo aqui não funciona. O HCTP é uma instituição de reclusão sem qualquer segurança que oferece aos internos a perspectiva de pena cruel e degradante. Em síntese, nem custódia, nem trata. Caso de interdição imediata e denúncia pública.”(BRASIL, 2000, online)

Trecho referente ao HCTP de Itamaracá, em Pernambuco. Não muito diferente do primeiro trecho, este demonstra a indignidade da vida dentro de outra instituição. Superlotação, falta de segurança, pacientes nus, ambientes insalubres, sujos e falta de água. O próprio pesquisador evidencia a falta de tratamento.

Em Taubaté, no estado de São Paulo, na Casa de Custódia e Tratamento Arnaldo Amado Ferreira:

“Dentro da instituição há inúmeros espaços e pátios internos. Com exceção de uma pequena horta cultivada, todos os demais pátios são desertos. O diretor nos informou que aqueles espaços permanecerão desertos por ‘motivo de segurança’. O argumento sustenta que os internos poderiam

esconder estiletes entre as plantas. [...] As celas são espaços minúsculos – verdadeiros cubículos – onde os internos dispõem de um colchão e de um sanitário sem vaso (também conhecido por “Boi”). Em algumas galerias, o controle da descarga encontra-se no corredor de tal forma que são os agentes e monitores que as acionam. O acesso às celas não é gradeado. Suas portas são compactas em ferro e madeira onde se fez constar uma abertura retangular – do tamanho suficiente para que um prato de comida possa ser oferecido aos internos em suas celas. Esse espaço é fechado ou aberto por fora, com o manuseio de uma tranca. Os internos, assim, não estão apenas isolados. Estão, também, invisíveis” (BRASIL, 2000, online).⁶

Por último, esse relato cumpre em mostrar a ausência de medidas terapêuticas: pátios fechados, celas minúsculas e em clausura, falta de higiene básica. As condições não são aptas para abrigar pessoas, muito menos doentes mentais que necessitam de tratamento.

Ante a esses relatos, verifica-se a violação de direitos humanos e dos fins terapêuticos da medida de segurança. Ora, em Manaus não havia qualquer tipo de tratamento psiquiátrico aos internos, como eles seriam tratados e curados dessa forma? Se a legitimidade da internação está no fato de serem submetidos a fins curativos de tratamento? Os sentenciados, além da falta de tratamento médico, vivem em espaços inapropriados para um ser humano, parece que são simplesmente depositados naquele espaço, o que não é uma situação rara quando se refere a manicômios judiciários.

Em Pernambuco, havia super lotação, sem leitos para o número total de internos, que era quase 5 vezes maior que a capacidade máxima. Uma única médica plantonista, que estava trancada em sua sala dormindo, relata que alguns loucos infratores ficam despidos por prescrição médica. Isso não é digno para com uma pessoa, sujeita de direitos. Além da maioria dormir no chão, convivem com seus próprios dejetos e falta de condições higiênicas. Também não havia medicação para os mesmos há mais de um mês.

Por fim, em Taubaté, os internos ficam isolados, em volta de pátios, sem nenhum atrativo terapêutico. As celas são um cubículo, sem banheiro adequado, com portas de ferro sem grades, apenas com o espaço para receber o prato de comida. São isolados e invisíveis.

Outro relato que chama bastante atenção foi feito por um interno desse mesmo Hospital Judiciário, se ainda pode-se chamar essa instituição de hospital:

“Quando nos deslocávamos da Casa de Custódia e atravessávamos o último corredor em direção à saída, um dos internos passou a bater em sua cela enquanto gritava sem parar: -‘Fim da tortura humana, fim da tortura humana, fim da tortura humana...’ Seu protesto desesperado, possivelmente enlouquecido, encerrava nossa visita e a própria caravana como uma síntese no interior da qual é possível identificar uma redundância; a tortura, afinal, é uma prática só construída pelos humanos” (BRASIL, 2000, online).”

⁶ Cumpre registrar que o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária estabeleceu para quartos individuais com banheiros a metragem mínima de 12 m²

A tortura não vem da doença mental, e nem do crime. Vem da falta de observância dos direitos humanos, que devia ser primordial, da situação degradante e indigna, da falta de tratamento onde é OBRIGATÓRIO ter. A tortura vem de se estar enfermo e trancafiado em celas repugnantes, em ser isolado e em ser invisível aos olhos de todos. Cumpre lembrar que o Brasil se submeteu a reprimir a tortura e situações degradantes e é signatário da Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes.

Verbi gratia, a primeira condenação do país na Corte Interamericana de Direitos Humanos tem a ver com essa tortura a doentes mentais: foi a do caso Damião Ximenes Lopes, doente mental, internado pela mãe em um estabelecimento para controle de sua enfermidade mental. Esse fato mostra como o Brasil tem estigmatizado a loucura e seu tratamento.

4 O SISTEMA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Conforme análise desse trabalho, as medidas de segurança devem possuir finalidade terapêutica e, em tese, diminuir os impactos negativos sobre o inimputável: aquele que transgrediu a lei. Esse indivíduo possuidor de doença mental. Porém, *“o que se viu e se vê, na prática, é o agravamento da condição psicótica e a perda da possibilidade de retorno social ao louco que penetra nesse sistema.”*. (JACOBINA, 2003, p. 59). Vemos como a dignidade dos doentes mentais é violada e como o tratamento é negligenciado.

Temos, todavia, que o começo do século XXI foi de suma importância para luta antimanicomial, com a promulgação da Lei nº 10.216 de 2001. Essa norma redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em 2002, no ano seguinte, foi promulgada no Brasil, o Decreto nº 678 de 2002 - que obriga o cumprimento da Convenção Interamericana sobre Direitos Humanos (Convenção IDH) no país, intensificando a fiscalização de violações dos direitos do portador de transtorno mental.

4.1 A HISTÓRIA DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

Antes de adentrar nas normativas que configuram uma tentativa de Reforma Psiquiátrica, um levantamento histórico sobre formas alternativas que foram consideradas para tratamento de doenças mentais em infratores para cessar a violência cometida contra esses é mister para analisar o contexto das necessárias atualizações nas leis que regem a medida de segurança e efetivar a finalidade terapêutica.

Segundo a tese de doutorado da Mariana de Assis, "Entre Silêncios e Invisibilidades: os Sujeitos em Cumprimento de Medida de Segurança nos Manicômios Judiciais Brasileiros", de 2015, as experiências nesse ramo podem ser divididas em: a) Comunidade terapêutica e Psicoterapia institucional; b) Psiquiatria de setor e Psiquiatria preventiva; e c) Antipsiquiatria e Psiquiatria democrática.

Os dois primeiros desejavam melhorar o modelo existente, sem, todavia, extingui-lo. Já o último, almejava eliminar “o arcabouço teórico e institucional com o qual até então a psiquiatria havia tratado os considerados doentes mentais” (mariana)

a) Comunidade terapêutica e Psicoterapia institucional

Acreditavam que a falta de sucesso se encontrava no gerenciamento errado do manicômio.

“A corrente inglesa, cujo principal expoente é Maxwell Jones, entendia como questões fundamentais: a) a liberdade de comunicação em diferentes níveis; b) a análise de tudo o que acontece na instituição, em termos de dinâmica individual e interpessoal; c) a tendência a destruir as relações de autoridade tradicionais, em um ambiente de extrema tolerância; d) as atividades coletivas e e) a presença de toda a comunidade nas decisões administrativas do serviço.” (WEIGERT, 2015, p. 125).

Entendia-se que para criar um modelo efetivo, precisava-se de mudar a gestão da instituição. Isso é: maior comunicação no interior do manicômio, analisar recorrentemente o que ocorria no lugar, acabar com hierarquia tradicional para maximizar a relação entre pacientes e técnicos, implementar atividades entre os internos e integrar a comunidade nas decisões da instituição. Em síntese, elaborar uma verticalidade nas relações entre todas as partes do tratamento, em que todos ajudariam na função curativa e participar de uma comunidade, onde os internos aprenderiam o que pudessem para serem aptos a viver fora do manicômio.

b) Psiquiatria de setor e Psiquiatria preventiva

Surgiu nos Estados Unidos e deu base a decreto em 1963 no país que implementava essas mudanças na esfera da saúde mental. A ideia central consistia em crer que a forma de instituição hospitalar tinha se acabado e o mais correto seria desmontar as instituições e fundar serviços, como hospitais-dia e atividades terapêuticas.

De acordo com Mariana Weigert, citando Desviat:

“Pretendia-se estruturar um serviço público de tratamento que estaria ao alcance do acesso universal da população brasileira. O intuito era o de abandonar o conceito de assistência a fim de implementar iniciativas de projetos terapêuticos individuais, ou seja, “a política de setor não foi apenas uma tentativa de fazer uma outra psiquiatria, mas também uma ação de saúde pública, no sentido literal do termo” (WEIGERT, 2015, p. 126)

Era uma ação, portanto de saúde pública, um tratamento que alcançaria a maior parte da população. Os doentes mentais manteriam contato com quem fazia parte de suas relações íntimas. O auxílio terapêutico teria a chance de ser feito tanto no hospital quanto na residência, pelos mesmos profissionais, dando efetividade ao tratamento sem deixar espaços no mesmo, as vezes causados pela mudança da equipe responsável pelo tratamento.

Não obstante,

“a questão da Psiquiatria passa a ser, então, não mais a cura da doença, mas a prevenção de sua possibilidade. A ideia de prevenção se une a de promoção de saúde, identificada com a promoção do ajustamento social. Redesenha-se, portanto, o objeto da psiquiatria, “não mais se trata de curar um doente, mas de adaptá-lo num grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais” (Birman e Costa, 1994, p. 52).” (WEIGERT, 2015, p. 127).

A psiquiatria era integrada na sociedade, como parte da comunidade, para prevenir supostos desvios que poderiam ser configurados devido a ausência de um sistema de saúde mental eficaz.

c) Antipsiquiatria e Psiquiatria democrática

Pensava sobre a doença mental e suas instituições, quando envolvia o crime. Perceberam que as transformações trazidas pelos grupos anteriores fracassavam, pois *“o hospital psiquiátrico não apenas reproduziria, mas, ao contrário, radicalizaria as mesmas estruturas opressoras e patogênicas da organização social, fortemente manifestadas na família”* (Amarante, 2011, p. 52).” (WEIGERT, 2015, p. 130). Almejava-se a desconstrução da relação de poder, base da psiquiatria clássica.

Ou seja, as violações da dignidade dos doentes ainda persistiam, tanto nas instituições quanto na comunidade integrada. Por isso, a antipsiquiatria, como o próprio nome sugere, era contrária a teoria psiquiátrica. Refutava-se que a patologia e suas nuances não se davam somente no louco (corpo e mente doentes) mas também no que tange ao vínculo entre ele e o meio social, a comunidade. A doença mental não existiria como *“objeto natural, como crê a psiquiatria, somente uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social. Consequentemente, também inexistiria uma proposta de tratamento da doença mental, no sentido clássico da ideia de terapêutica. O princípio seria o de permitir que o sujeito vivenciasse a sua experiência, já que o sintoma apresentaria uma possibilidade de reorganização interior. Ao terapeuta caberia ajudar a pessoa “a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria”* (Amarante, 2011, p. 54).” (WEIGERT, 2015, p. 132).

A desinstitucionalização era primordial e o conhecimento do internado sobre sua doença, assim esse atingiria uma emancipação e viveria de outra forma, mais positiva, com seu transtorno. Pensavam em ser possível a inclusão social do internado, com construção de casas para que os que tivessem alta pudessem morar, fundação de cooperativas de emprego e participação na sociedade.

Apresentadas essas fases históricas e compreendidas, aquela que baseia o movimento antimanicomial no Brasil, é a antipsiquiatria, que ajudou a criar mudanças nas condutas médicas e nos estatutos jurídicos, como a lei da Reforma Psiquiátrica, que será abordada no próximo tópico.

4.2 A REFORMA ANTIMANICOMIAL E A LEI 10.216/01

A lei 10.216/01 (conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica) estabelece

mecanismos de proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: redireciona o modelo assistencial em saúde mental, sem discriminação quanto as circunstâncias da pessoa doente. Ela possui um caráter humanitário e formula meios alternativos da internação hospitalar. Essa internação do doente mental só deve se configurar em casos extremos, devido a instituição a segregação do portador de doença, vedando e dificultando a sua reinserção social.

Delibera o art. 2.º, parágrafo único, da referida Lei:

“são direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”.

Esse trecho da norma estabelece os direitos da pessoa doente mental. Nota-se a total concordância com os princípios e direitos fundamentais positivados na Constituição Federal. A pessoa deve ter acesso a tratamentos úteis e de qualidade, observadas suas necessidades. No caso das medidas de segurança, a individualização do tratamento, posto que nenhuma doença é igual a outra e os internados estão nos hospitais judiciários por diversas doenças e circunstâncias. O doente há de ser tratado com respeito visando sua saúde, recuperação e inclusão social, devendo ser protegido de quaisquer abusos. Além do mais, deve a ele ser garantida todas as informações a respeito de seu tratamento e doença. O inciso VIII evidencia o viés terapêutico de tratamento, configurando-se muito importante na esfera do cumprimento de medidas de segurança.

Já o art. 4.º dispõe:

“a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1.º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2.º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3.º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2.º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2.º”

Esse artigo veda a internação de doentes mentais em instituições asilares. Entretanto, não traz uma definição do que seria esse estabelecimento. Regula

também que o tratamento deve ser o menos invasivo possível, se dando fora das instituições de internação, sendo estas somente usadas como última opção. Resta patente que deve ser garantido a finalidade terapêutica, com reinserção social e assistência integral por uma equipe multidisciplinar.

O parágrafo único, do art. 6.º consta:

“são considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça” e o artigo 9.º prescreve que “a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”.

No caso de cumprimento de medida de segurança, a internação é compulsória, para fins terapêuticos do sujeito que cometeu um ato ilícito. A internação é a forma de execução da sentença em que o juiz DEVE considerar a segurança do doente mental e a situação das instituições.

A Lei 10.216/2001 não revoga nem modifica as leis do Código Penal e de Execução Penal, no que tange aos loucos infratores submetidos a medidas de segurança, que foram julgados inimputáveis. Essa lei, de luta antimanicomial, tem caráter civil. Ela não foi formulada, exatamente, com finalidade penal. Sistematiza a dirigir, na esfera cível, as internações voluntárias, involuntárias e judiciais. Todavia, os direitos elencados nessa disposição de 2001, possuem compatibilidade com o propósito da Lei de Execução Penal. Ainda que cause estranheza, devido aos estudos trazidos por esse trabalho, de a medida de segurança não possuir no caso concreto finalidade teoricamente terapêutica, a lei penal também enseja a cura do doente mental que cumpre medida de segurança, e impõe (juntamente com o Código Penal e Constituição Federal de 1988) o respeito aos seus direitos humanos, como interno ou sujeito a tratamento ambulatorial.

Nucci preleciona sobre o assunto, elencando que: “A Lei 10.216/2001 concorre com o cenário das medidas de segurança, previstas e disciplinadas no Código Penal e na Lei de Execução Penal, não havendo colidência, mas simples composição de seus dispositivos.” (NUCCI, 2017, p. 390) Ou seja, o autor citado defende que não há conflito de normas aparente, que ambas se completam.

Em concordância com a Lei da Reforma Psiquiátrica, o art. 17, da Resolução n. 113/2010, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), dispõe que “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará políticas antimanicomiais.”

Resta patente que a Lei de Reforma Psiquiátrica, que segue a via antimanicomial, preceitua que a internação deve ser uma exceção, executada diante

da ineficiência de tratamento ambulatorial. Se a internação não for comprovadamente o mais adequado, que sugere um isolamento do indivíduo, sem possibilidade de reinclusão social. O modelo curativo e terapêutico não deve seguir pela infração cometida e sim de acordo com o transtorno mental e as circunstâncias do sentenciado. Nessa diapasão, a internação (medida de segurança detentiva) só seria imposta se os recursos extra hospitalares não obtiverem sucesso, priorizando as formas menos invasivas de tratamento.

No âmbito jurisprudencial, tem-se dado decisões favoráveis a luta antimanicomial, flexibilizando a internação no caso de medida de segurança detentiva:

“Essa custódia hospitalar obrigatória decorrente exclusivamente da natureza da pena pode se constituir numa medida extremamente excessiva pela forte carga coercitiva pessoal, quando o mal que acomete o sujeito ativo puder ser tratado com terapia ambulatorial ou com a administração de medicamentos recomendados por perícia médica ou, quando esse trabalho afirmar que a doença não é incompatível com a liberdade do agente, por não representar perigo à sociedade. É fato notório que os hospitais da rede pública destinados a tratamento psiquiátrico são escassos, despreparados materialmente e sem aparelhamento médico suficiente, o que acaba frustrando o objetivo curativo da medida de segurança, tornando-a, então, simples segregação. Por isso, só se deve aplicar a internação nos casos irremediáveis, adotando-se, sempre que possível, a orientação de que o juiz deve preferir, sempre que legalmente possível, o tratamento ambulatorial. Está mais do que demonstrada a nocividade da internação psiquiátrica. Os manicômios judiciários, como instituições totais, funcionam com sinal negativo, agravando a situação mental do doente. Com o notável progresso feito pela medicina com relação aos tranquilizantes, a grande maioria dos doentes mentais pode hoje permanecer em segurança com suas famílias.”
(TJSP - Apelação nº 0028424-78.2009.8.26.0344 – Marília / Des. Márcio Bártoli)

Nesse julgado, verbi gratia, resume-se a situação impropria dos doentes mentais internados para cumprimento de medida de segurança. A custódia e internação se aduz desproporcional na maioria dos casos, pois o louco infrator poderia estar sujeito a formas menos invasivas de tratamento, que condiz mais com fins terapêuticos do que simplesmente colocar o sentenciado em uma instituição em condições precárias. Evidencia-se que a internação, em acordo com a lei da Reforma Psiquiátrica, deve-se dar somente em casos extremos, quando o tratamento fora dos hospitais não se mostre eficaz, preferindo sempre o tratamento ambulatorial ao de internação. Em concordância com a visão dessa trabalho, cita-se que as instituições agravam a saúde mental do sentenciado, anulando a finalidade terapêutica das medidas de segurança. A internação quando injustificada em hospitais judiciários sem equipe médica adequada se traduz em segregação e controle social, sendo totalmente prejudicial ao doente infrator.

Ainda analisando a jurisprudência, segundo o STJ:

“A medida de segurança, enquanto resposta, penal adequada aos casos de

exclusão ou de diminuição da culpabilidade, previsto no art. 26 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” (AgRg, Recurso Especial Nº998.128 - MG, 2007/0243232-9)

Nota-se que não deve se olvidar do princípio da proporcionalidade e individualização. A medida de segurança deve ser ajustada a condição do agente e o caráter de sua doença, não sendo constitucionais formas desproporcionais e invasivas, que não guardam relação com a finalidade curativa das medidas de segurança.

Resta patente que a submissão às medidas de segurança sem estudo de outros viés inerentes ao agente, viola o princípio da proporcionalidade pois generaliza os sentenciados na medida em que generaliza enquanto se deve individualizar o tratamento do louco infrator, em razão dos vários tipos de doenças e transtornos elencados pela psiquiatria. A individualização maximiza os efeitos terapêuticos. Ainda que os movimentos antimanicomiais, com intuito de inserir medidas alternativas e desinstitucionalização para dar eficácia aos fins curativos das medidas de segurança, continua, não obstante, inúmeros doentes internados cumprindo essa sanção em condições precárias, como a falta de equipe multiprofissional, medicamentos e inclusão social.

4.3 O SUS E O SISTEMA DE SAÚDE MENTAL

O SUS (Sistema Único de Saúde) foi criado com a Constituição Federal de 1988, com o intuito de dispor de medidas de saúde gratuitas para a sociedade. Porém, apesar da finalidade do SUS, os Hospitais Judiciários não fazem parte dele, mesmo sendo estabelecimentos de saúde pública. Esses lugares onde se cumprem as medidas de segurança não são, em tese, de responsabilidade do Ministério da Saúde: é do Ministério da Justiça, não integrando pauta de políticas públicas em prol da saúde mental. Portanto, essas instituições não são regidas pelos princípios e normas do SUS (Constituição, art. 196 e seguintes, Leis . 8.080 e 8.142/90). Há a existência de um paradoxo imenso. Se a finalidade da medida de segurança é terapêutica, de tratamento, como é regida somente por lei de execução penal? Nota-se a natureza punitiva, de controle social.

Nesse sentido, as leis 8.080/90 e 8.142/90 elencam princípios de direito sanitário. Eles versam sobre a saúde ser um direito do cidadão, que deve ser cobrado do Estado. A saúde deve ser universal e equitativa, ou seja, deve preconizar a situação concreta em fase da teoria. Também se tem a ideia de assistência integral e resolutiva, em que se deve buscar sempre a efetividade das políticas em relação a saúde pública. Essas políticas, que devem ter funções concretas, precisam ser

intersetoriais e o atendimento à comunidade deve ser totalmente humanizado. A configuração do SUS também está atrelada a princípios normativos: ter cobertura em de todos os níveis do Estado e do Governo, regionalização, prestar serviços a toda a sociedade que se encontra no país, financiamento público e controle social. No tocante ao controle social, guarda referência com as medidas de segurança, apesar de não cobri-las, uma vez que elas são formas de tal controle.

Ainda que os Hospitais de Custódia integrem o sistema prisional, considerando os fins terapêuticos e de tratamento, em que deveria haver um cuidado humanizado dos loucos infratores, há ações que visam a integralização dessas instituições em unidade de saúde mental regida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria n. 001/2014, dispondo sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do SUS, na mesma esteira da Portaria (MJ/MS) n. 1.777/2003, teve como fim *“ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde”* (BRASIL, 2016).

Há também as Portarias (MS/GM) n. 94/2014 e n. 95/2014. Aquela dispõe sobre o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de medidas terapêuticas nas medidas de segurança, na esfera do SUS; e a última preleciona sobre o financiamento do serviço de avaliação e de acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, do mesmo modo na esfera do SUS.

Outro caso de modelo integrado com o SUS é o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) em Minas Gerais, e do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), no estado de Goiás. O intuito deles é mudar a forma como se aplica e executa a medida de segurança para garantir os direitos fundamentais, tal como a liberdade e ressocialização do doente mental. O PAI-PJ foi criado pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais em 2001 pela Portaria-Conjunta n. 25.

Entre suas premissas básicas:

“PAI-PJ acompanha os processos criminais nos quais o réu ou sentenciado é ou apresenta indícios a ser portador de sofrimento mental, fornecendo subsídios técnicos para a prestação jurisdicional nas várias fases do processo. Visa a auxiliar a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução das penas e medidas de segurança, de acordo com o previsto na legislação penal vigente. Se orienta pelo princípios da reforma psiquiátrica, promovendo o acesso a tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial. Trabalha no sentido de viabilizar a acessibilidade aos direitos fundamentais e sociais previstos. Dar-se-á de modo intersetorial, promovendo a parceria do Judiciário, Ministério Público e o Executivo através da rede pública de saúde e da rede de assistência

social, de acordo com as políticas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental. A equipe do PAI-PJ é composta por psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em Direito, devidamente capacitados para atuarem no Programa.” (PAI-PJ).

Enfim, mudança da Rede de Atenção à Saúde Mental, que se encontra dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) é de suma importância para que haja compatibilidade e efetivação das medidas de segurança e a lei antimanicomial. Não basta apenas a desinternação, mas uma assistência multifacetada por vários profissionais (como por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais), para garantir os direitos à pessoa com transtornos mentais e ampliar o tratamento.

5 POR UMA ADAPTAÇÃO HUMANIZADA DO DIREITO PENAL NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

“E a história da humanidade demonstra que a prática real do poder sempre imputou a certo grupo de indivíduos a carapuça da periculosidade, conferindo-lhes sempre um tratamento rigoroso e punitivo, típico de um inimigo: estrangeiros, mendigos, leprosos, bruxas, prostitutas, ébrios, toxicômanos, terroristas e, é claro, os enfermos mentais, sempre tiveram lugar cativo nesse funesto rol” (ZAFFARONI, 2007) (ZAFFARONI, 2008, p. 11).

Ainda se trata o doente mental como perigoso. Não se deve olvidar que a doença mental não é nada bonita. Pelo contrário, é ardilosa. Causa dor a família e ao paciente. Não se deve romantizá-la. Deve ser tratada como merece: com atenção. Não é uma simples enfermidade física, um descompasso biológico. A dor e os sintomas causam incapacidade no sujeito, uma impossibilidade física e mental de se guiar de acordo com o entendimento esperado pelo homem médio. Ou cérebro do doente pode paralisar suas funções corporais e fazê-lo agir de forma não esperada. Ou o cérebro acelera os pensamentos de forma a aniquilar o sujeito. É como um computador com vírus: a doença mental degenera todo o sistema.

Além de tudo isso, há um estigma que perdura de que a doença mental é perigosa, que necessita de isolamento. Quando a doença mental encontra o crime, há ainda maior discriminação social. Portanto, deve-se haver readaptação do sistema atual e de políticas públicas voltadas para o louco infrator.

5.1 MOLDES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E AMPLIAÇÃO DO SUS

A execução da medida de segurança no Brasil embora de caráter terapêutico, se mostra ineficiente e paradoxal, como uma sanção penal imposta. A implantação das normas da lei 10.216/01 é urgente, haja vista que essa lei é de 2001. Por uma desinstitucionalização e desinternação, parar de negar a finalidade curativa que deveria ser regra nas medidas de segurança e redirecionar ao molde assistencial à saúde mental em serviços alternativos em meio aberto. Atualmente, os hospitais judiciários são lugares de enclausuramento, sem opção de lazer e ressocialização do inimputável. Isso o afasta cada vez mais da sociedade e de sua família, tornando-se invisível, neutralizado, como se não existisse.

Em se tratando de saúde mental, deve haver um trabalho conjunto em o SUS e o sistema penal. Integralizar totalmente o SUS a execução da medida de segurança. Já foi mostrado que já há ações nesse sentido, mas depende dos estados aderirem as portarias do CNJ. Por isso, essa adesão dos estados e

reformulação de políticas públicas é essencial para a efetividade dos fins terapêuticos das medidas de segurança. No que pese, a internação, conforme a lei da reforma psiquiátrica ser a última opção, só em caso de ineficácia do tratamento extra hospitalar.

Nucci cita esse descompasso:

“diz a lei ser obrigatória a internação do inimputável que pratica fatos típicos e antijurídicos punidos com reclusão. Entretanto, esse preceito é nitidamente injusto, pois padroniza a aplicação da sanção penal e não resolve o drama de muitos doentes mentais que poderiam ter suas internações evitadas. Imagine-se o inimputável que cometa uma tentativa de homicídio, com lesões leves para a vítima. Se possuir família que o abrigue e ampare, fornecendo-lhe todo o suporte para a recuperação, por que interná-lo? Seria mais propícia a aplicação do tratamento ambulatorial.” (NUCCI, 2017, p. 391)

Esse trecho atenta-se para o descompasso da medida de segurança detentiva com o princípio da proporcionalidade. Conforme já dito, a internação deveria ser a *ultima ratio* pois ela se mostra prejudicial aos fins terapêuticos devido a um sistema precário em que se encontra as instituições destinadas a internação do indivíduo.

Na jurisprudência: STF: *“Em casos excepcionais, admite-se a substituição da internação por medida de tratamento ambulatorial quando a pena estabelecida para o tipo é a reclusão, notadamente quando manifesta a desnecessidade da internação.”* (HC 85.401RS, 2.a T., rel. Cezar Peluso, 04.12.2009, v.u.).”

Notável é a clara regulamentação da lei da reforma psiquiátrica de indicar internação somente em casos extremos e junta dessa norma está a jurisprudência. Todavia, os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico continuam existindo e a população inserida nestes continua a mesma. Há um desarranjo entre a legislação e o caso concreto, que inviabiliza a finalidade terapêutica das medidas de segurança, tendo em vista que as mudanças legislativas acompanham a tendência antimanicomial que é uma forma mais eficaz de tratamento, por conter uma ideia de inclusão social e atividades pertinentes a um tratamento menos invasivo e diversificado.

5.2 REINTEGRAÇÃO DO LOUCO INFRATOR NA SOCIEDADE

Tal qual posta como uma das finalidades da pena, a ressocialização do louco infrator também deveria ser obrigatória, nos moldes do movimento da antipsiquiatria.

Ferrari ensina que *“reintegração comunitária significa a possibilidade de integração social, exteriorizada pela progressividade na execução de qualquer espécie de sanção penal, estendendo-se também aqueles suscetíveis as medidas de tratamento criminal”* (FERRARI, 2001, p. 168).

Lembre-se, primeiramente, do sistema de descaracterização que passa o louco infrator. Ele perde sua identidade para ganhar um número e um estigma de criminoso. Portanto, quando não há uma reintegração na comunidade, é possível dizer que a vida social do doente mental acaba. Isso pois passa anos encarcerado em um ambiente hostil, na maioria das vezes negligenciado pela família, que devido as dificuldades de lidar com um doente sem tratamento, larga o sentenciado ao seu próprio destino. Quando, em tese, cessa sua periculosidade, anos após, essa pessoa não consegue conviver socialmente: não possui mais um lar nem conhecidos. Ele precisa de trabalho para sobreviver. Em razão do seu transtorno, não é fácil conseguir um emprego que consiga se estabelecer sem ter aprendido uma função, enquanto estava internado, por exemplo.

Em um artigo de análise, chamado "O (des)preparo do hospital judiciário para a ressocialização: violação de direitos humanos" (SANTANA; PEREIRA; ALVES, 2017) as autoras concluem:

“Na perspectiva da Reforma psiquiátrica brasileira, a desinstitucionalização, ressocialização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais devem ser promovidas por todos os profissionais envolvidos no cuidado, por meio de ações intersetoriais, promotoras de acolhimento, vínculo, corresponsabilização e de autonomia. Estas devem ser reinseridas na sociedade e terem a sua cidadania restituída, em plenitude. [...] “Ressalta-se a importância do tratamento psicoterápico, das oficinas de trabalhos, das atividades coletivas, que estimulem a formação e fortalecimento de vínculos sociais. Deve-se promover práticas que levem em consideração a subjetividade do paciente, com objetivo de alcançar para além do controle de sintomas. As oficinas se constituem um espaço promotor de potencialidades e habilidades, permitindo aos pacientes envolvidos que participem ativamente no seu processo de reabilitação psicológica e social.” (SANTANA; PEREIRA; ALVES, 2017, p. online)

A psicoterapia, oficinas de trabalho, atividades coletivas são imprescindíveis para a ressocialização do indivíduo e sua progressiva melhora. O tratamento terapêutico deve guiar-se por atividades laborais, de lazer e prescrição médica. A cura não advém com a internação somente. E não deve se olvidar que, caso um dia o internado saia do hospital, ele tem uma vida pela frente.

No modelo da lei de Reforma psiquiátrica, a substituição da internação por medida ambulatorial impediria esse isolamento do doente. Junto com formas de inclusão, como as citadas no parágrafo interior, para integrá-lo na sociedade, seria mais eficaz do que simplesmente colocá-lo em um Hospital judiciário.

5.3 DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA

A desinternação progressiva é um modelo terapêutico que agiliza e efetiva o tratamento. Almeja a integração gradual do internado na comunidade, ofertando

medidas terapêuticas diversas, como saídas para trabalhar, encontro com familiares e amigos, passeios, atividades fora da instituição. Sua base está em um tratamento sócio terapêutico: integração social e tratamento médico. No ordenamento jurídico brasileiro, não há previsão expressa sobre essa medida.

A desinternação progressiva foi iniciada em 1989, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha, no estado de São Paulo, que, em 1988, mudou para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima (HCTP I). Segundo Ferrari:

“No período de 1981 a 1984, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha iniciou visitas experimentais, admitindo que os pacientes-delinquentes passassem os fins-de-semana junto a seus familiares, resultando em concretos ganhos terapêuticos. Tal ensaio, todavia, foi suspenso judicialmente sob a alegação de ausência de amparo legal. [...]. O apego ao formalismo jurídico, contudo, não venceu a imaginação e a resistência dos bem intencionados, inaugurando-se em 1989, em Franco da Rocha, um pavilhão destinado ao implemento de uma progressividade na execução da medida de segurança de internamento, constituindo-se num modelo transitório entre a situação de hospitalização em regime fechado e o retorno ao meio social mais amplo. Instituíu-se, assim, uma progressividade à medida de internamento, proporcionando aos indivíduos, que aos poucos melhorassem, um momento de liberdade, retornando ao convívio social.” (FERRARI, 2001, p. 169-170)

Em 2001, o Poder Executivo regulamentou o Decreto Estadual no 46.046, de 23 de agosto de 2001, que cria e organiza o HCTP II: um hospital exclusivamente destinado à desinternação progressiva, destinado a população masculina. O HCTP I continua ala de desinternação progressiva para mulheres.

Tem-se, todavia, uma regulamentação do Poder Judiciário, que, pela Portaria de 9 de junho de 2003, da Vara das Execuções Criminais de São Paulo, foi mencionado a possibilidade da desinternação progressiva. O juiz considerou indispensável não só a desinternação progressiva, que seja feita de forma plena e em estabelecimento próprio, mas estipulou a possibilidade de um maior contato com o meio social e familiar. Nota-se que as ideias de desinternação devem ser efetivadas. Nessa diapasão, o Projeto de Lei número 3.473, de agosto de 2000, tem a mudança de sistema prevista nesse sentido. O parágrafo 3º do artigo 97 do Código Penal mudaria para a seguinte redação: *“O juiz, após perícia médica, poderá conceder ao paciente que apresentar melhora em seu tratamento, a desinternação progressiva, facultando-lhe saída temporária para visita à família ou participação em atividades que concorram para o seu retorno ao convívio social, com a indispensável supervisão da instituição em que estiver internado.”*

A desinternação progressiva configura um modo diverso de cumprir a medida de segurança, com o intuito de reintegração social do interno. Seu cerne se encontra no aumento progressivo do interno ao meio social e da diminuição de sua

interdependência ao hospital. Dessa forma, capacitar o interno para a vivência social, estimulando áreas como educação, trabalho e lazer e preparar o mesmo para sua volta a comunidade. É de caráter impar que haja aproximação do Poder Judiciário à desinternação progressiva, para fins de aperfeiçoamento da medida e legislação sobre a mesma.

No mesmo patamar da desinternação progressiva, tem-se a conversão da internação para tratamento ambulatorial. Nucci explica que :

“prevê a lei penal que o tratamento ambulatorial pode ser convertido em internação, caso essa providência seja necessária para “fins curativos”. Nada fala, no entanto, quanto à conversão da internação em tratamento ambulatorial, o que se nos afigura perfeitamente possível. Muitas vezes, o agente pode não revelar periculosidade suficiente para manter-se internado, mas ainda necessitar de um tratamento acompanhado. Assim, valendo-se da hipótese deste parágrafo, pode o magistrado determinar a desinternação do agente para o fim de se submeter a tratamento ambulatorial, que seria a conversão da internação em tratamento ambulatorial. Não é, pois, a desinternação prevista no parágrafo anterior – porque cessou a periculosidade –, mas sim para a continuidade dos cuidados médicos, sob outra forma. Essa medida torna-se particularmente importante, pois há vários casos em que os médicos sugerem a desinternação, para o bem do próprio doente, embora sem que haja a desvinculação do tratamento médico obrigatório.” (NUCCI, 2017, p. 395).

A lei regula somente a possibilidade do tratamento ambulatorial ser mudado para internação, porém silencia sobre modos de a internação ser convertida em tratamento ambulatorial.

Todavia, em análise ao art. 5º, da Lei de Reforma Psiquiátrica:

“Art. 5º: O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.”

Evidente é a importância da liberação gradual do internado. O movimento antipsiquiatria e a lei da reforma psiquiátrica caminham nesse sentido. A integração social do interno, no que tange aos fins terapêuticos, é totalmente essencial para eficácia do tratamento.

É preciso reorientar o modelo de assistência à saúde mental no Brasil, alavancando iniciativas que há mais de duas décadas tenta reformular o meio existente na legislação penal centrado na gestão no interior dos Hospitais Judiciários para integração do cuidado à saúde mental no Sistema Único de Saúde. As tentativas de mudar o modelo já existência de internação no cumprimento de medidas de segurança perdura por décadas. A desinternação progressiva foi uma forma eficaz de reorientação desse modelo. Sua utilização deve ser fomentada e

legislada por se mostrar muito eficaz e concernente aos fins terapêuticos da medida de segurança.

5.4 AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS

Destaco dois programas que possuem ótimos resultados no que tange ao tratamento do doente mental, que realizam assistências ao portador de doença mental que cometeu algum crime. Conforme explicado no capítulo anterior, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) atende o estado de Minas Gerais e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) o estado de Goiás são fundados na ideia de luta antimanicomial. A diretriz de ambos é reformular o modelo de atenção à saúde mental, focalizando em um modelo de assistência psicossocial e jurídica e não na internação do doente mental infrator, baseando-se na lei 10.216/01.

O PAI, em síntese, oferta acompanhamento integral ao doente mental na seara processual criminal, com parceria do Judiciário e do Executivo. A forma de funcionamento é intersetorial, que envolve a comunidade e acesso a Rede Pública de Saúde e à Rede de Assistência Social. Assim, viabiliza o cumprimento de direitos fundamentais positivados na Constituição Federal, com o escopo de proteção ao doente infrator

O PAI, por exemplo, traz resultados satisfatórios:

“Em março de 2010, os infratores com sofrimento mental são atendidos pela equipe do PAI-PJ, sendo que 70% estão cumprindo medida de segurança em casa, junto de seus familiares, trabalhando ou estudando, 23% estão em regime de internação e 7% estão internados na Rede Pública de Saúde.”
(PAI-PJ)

O PAILI possui o mesmo objetivo: garantir os fins terapêuticos conferidos aos doentes mentais, por clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS e conecta o paciente e o juiz, em busca do diálogo e individualização do tratamento.

A junção de programas desse molde com o SUS é um meio benéfico para assegurar o fim terapêutico e de tratamento das medidas de segurança. Os loucos infratores recebem apoio jurídico, assistência médica e atendimento por uma equipe multidisciplinar. A atuação desses programas mostra o quanto a Reforma psiquiátrica deve ser norteadora no tratamento dos doentes mentais em cumprimento de medida de segurança. É mister que a questão da internação em hospitais judiciários deve ser discutida com as diferentes searas envolvidas, com o intuito de garantia aos direitos do inimputável, à reinserção social e a uma assistência dentro dos princípios do SUS e da lei 10.216/01.

Destaco que para humanizar o tratamento e efetivar os meios terapêuticos, deve haver total ampliação e manutenção de projetos que visam a tratar o doente mental infrator. Políticas públicas devem fomentar esses programas e tratar a luta antimanicomial como realidade a não ser mitigada por uma legislação que por muitas vezes segrega o doente e não considera sua situação.

6 CONCLUSÃO

Repensar a regulação jurídica à questão da loucura, dos doentes mentais e dos inimputáveis no viés criminal é repensar os próprios fundamentos jurídicos da medida de segurança. A loucura está no cerne da doença mental, não podendo ser tratada de forma essencialmente elencada pelo direito penal. A contradição começa quando alguém é considerado perigoso por presunção e fomenta a ideia de controle social. O doente deve ser tratado e não neutralizado e retirado do convívio social. O conceito de internação implica, nos moldes da situação dos hospitais judiciários, uma perda de identidade e cidadania. O sistema de internamento psiquiátrico está decadente, não efetivando os fins curativos.

Evidencia-se, porém, que a eficácia dessa espécie de sanção imputada ao louco infrator não depende apenas de mudanças em sua própria efetivação, mas necessita também da estruturação dos serviços públicos. Isso posto devido ao fato de que, ao usar de métodos alternativos de tratamento como o da desinternação, os doentes mentais precisam de um sistema de saúde eficaz, como Sistema Único de Saúde (SUS), para prosseguir com seu tratamento, com o intuito de garantir a finalidade terapêutica das medidas de segurança. Também no que tange a esses serviços públicos, são indispensáveis maiores investimentos, para o bem da população em geral e eficácia do tratamento, além de garantir a implantação e continuidade de serviços alternativos, como o instituto da desinternação progressiva e de programas de assistência focados no conceito antimanicomial. Nessa diapasão, reconhece-se que as medidas de segurança depende do Estado para atingir seus fins curativos.

A reforma psiquiátrica está sendo construída, mesmo depois de 18 anos do advento da lei e traz benefícios claros quando é aplicada, como nos programas PAI e PAII e em certos casos tratados pela jurisprudência. É urgente que se construa a base da medida de segurança com enfoque trazido pela lei da reforma psiquiátrica e da dignidade da pessoa humana. A reforma psiquiátrica integrada ao sistema penal descaracterizaria uma abordagem incisiva, invasiva, manicomial e segregadora para uma abordagem clinicamente eficaz. Ademais, deve-se implementar as diretrizes do SUS no contexto de aplicação de medidas de segurança.

O tratamento que a lei penal dá ao inimputável é incompatível com a finalidade terapêutica pois preza pela internação, tempo mínimo para perícia e sem regulação no próprio código de um tempo máximo de cumprimento da sanção que, não obstante esse tempo tenha sido sumulado, ainda não é cumprido, conforme se mostrou no trabalho. Assim, mais uma vez, deve haver adequação das normas da reforma psiquiátrica com o ordenamento jurídico pré-existente. Ainda que, por

enquanto, não haja regulamentações e ações jurídicas acerca da situação do inimputável, o juiz deve preferir o tratamento ambulatorial, somente determinando a internação "*quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes*". Nesse ínterim, se defende um tratamento humanitário e funcional de caráter curativo, aplicando-se os demais meios de tratamento, tanto para os inimputáveis, quanto para os semi-imputáveis. E, para o caso de ser indispensável a internação, deve haver um aumento de recursos e fiscalização nessas instituições, que, sem sombra de dúvidas, são precárias.

Bem gradualmente e a passos curtos estão sendo construídas alternativas que trazem tratamentos mais humanitários e realmente terapêuticos, como atenção psicossocial, assistência multidisciplinar, serviços residenciais terapêuticos e tentativas de reinserção social. Se houver uma assistência realmente dirigida a uma finalidade terapêutica, os doentes mentais conseguem se reinserir na comunidade e ter seus direitos fundamentais respeitados.

Quanto a pergunta principal desse trabalho, se as medidas de segurança realmente possuem finalidade terapêutica e curativa e cumprem esse papel de tratamento sem violar os direitos dos doentes mentais infratores e o sistema de saúde mental, não resta patente que a resposta é negativa. Tanto pelos depoimentos ao longo do texto e pelo método regulamentado pelo sistema penal. A finalidade terapêutica vem sendo mitigada pelo Estado ocasionando um sofrimento ao doente mental e violação constante dos direitos do mesmo. É mister que se inicie um diálogo profundo e uma compatibilidade entre a lei da reforma psiquiátrica e o ordenamento atual. As condições em que o inimputável cumpre medida de segurança é indigna e deficiente. Não se deve dar maior valor a um controle social do que ao tratamento de doentes mentais: a loucura não faz a pessoa menos humana ou digna de direitos. Viver em paz e em condições adequadas é um direito de todos.

REFERÊNCIAS

- BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral 1. 24. ed. São Paulo : Saraiva, 2018.
- BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Diário Oficial da União.
- BRASIL. Decreto Lei n. 2.848. Diário Oficial da União.
- BRASIL. Decreto Lei n. 3689, de 03 de outubro de 1941. Diário Oficial da União.
- BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.
- COSTA, André de Abreu. **Penas e Medidas de Segurança**: Fundamentos e Individualização. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.
- DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: Censo 2011. Brasília: Letras Livres, 2013.
- FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. 1. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.
- FOUCAULT, Michel . **Vigiar e Punir**: Nascimento Das Prisões. 42. ed. Brasil: Vozes, 2014.
- JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Saude Mental e Direito: um diálogo entre a reforma psiquiátrica e o sistema penal**. Brasília, 2003. Monografia (Direito) - Universidade de Brasília.
- JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Saude Mental e Direito: um diálogo entre a reforma psiquiátrica e o sistema penal..** Brasília, 2003. Monografia (Direito) - Universidade de Brasília. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/monografia_jacobina.pdf. Acesso em: 5 Nov. 2019.
- NUCCI, Guilherme De Souza. **Curso de Direito Penal**: Parte Geral. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, v. 1, 2019.
- NUCCI, Guilherme De Souza. **Código Penal Comentado**. 17. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017. 190 p.
- PAI-PJ. Disponível em: http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/. Acesso em: 10 Nov. 2019.
- RELATÓRIO da I Caravana Nacional de Direitos Humanos: Uma amostra da realidade manicomial brasileira. Brasil. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/documentos/relatorios/Apresenta.html>. Acesso em: 3 Nov. 2019.

SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida Santana; PEREIRA, Maria Odete ; ALVES, Marília. **O (des)preparo do hospital judiciário para a ressocialização: violação de direitos humanos**. **EEAN.edu.br**. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000300215&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 Nov. 2019.

SHECAIRA, Sérgio Salomão. **Criminologia: um estudo das escolas sociológicas**. 1. ed. São Paulo: Estúdio Editores.com, 2014.

TOURINHO FILHO, Fernando da Costa. **Processo Penal**. 31. ed. Brasil: Saraiva, v. 4, 2009.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Entre Silêncios e Invisibilidades: os Sujeitos em Cumprimento de Medidas de Segurança nos Manicômios Judiciários Brasileiros**. Porto Alegre, 2015. Tese (Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/140989>. Acesso em: 1 Out. 2019.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Inimigo No Direito Penal**. 3. ed. Revan, 2008.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral**. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

ANEXO A — TABELAS DO LIVRO CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO (DINIZ, 2013).

Tabela 1

23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico
 População total: 3.989 pessoas
 Homens: 3.684
 Mulheres: 291
 Sem informação de sexo: 14
 Coleta de dados: entre 31 de janeiro e 16 de dezembro de 2011

Tabela 2

Faixa etária	População total		População em MS		População em MS		População temporária	
					por conversão de pena			
Menos de 20	13	0,3%	0	-	0	-	13	1%
20 a 24	280	7%	126	4%	5	4%	149	14%
25 a 29	641	16%	426	15%	22	19%	193	19%
30 a 34	757	19%	545	19%	24	21%	188	18%
35 a 39	644	16%	476	17%	22	19%	146	14%
40 a 44	528	13%	398	14%	24	21%	106	10%
45 a 49	405	10%	311	11%	9	8%	85	8%
50 a 59	477	12%	397	14%	6	5%	74	7%
60 a 69	108	3%	90	3%	5	4%	13	1%
70 ou mais	33	0,8%	25	0,9%	0	-	8	0,8%
Sem informação	103	3%	45	2%	0	-	58	6%
Total	3.989	100%	2.839	100%	117	100%	1.033	100%

Tabela 3

Escolaridade	População total		População em MS		População em MS		População temporária	
					por conversão de pena			
Analfabeto	933	23%	695	24%	30	26%	208	20%
Fundamental incompleto	1.713	43%	1.278	45%	55	47%	380	37%
Fundamental completo	534	13%	387	14%	18	15%	129	12%
Médio	226	6%	154	5%	8	7%	64	6%
Superior	33	0,8%	21	0,7%	0	-	12	1%
Pós-graduação	1	0,03%	1	0,04%	0	-	0	-
Sem informação	549	14%	303	11%	6	5%	240	23%
Total	3.989	100%	2.839	100%	117	100%	1.033	100%

Tabela 4

Profissão	População total		População em MS		População em MS		População temporária	
					por conversão de pena			
Forças armadas, policiais e bombeiros militares	33	0,8%	13	0,5%	3	3%	17	2%
Profissionais das ciências e das artes	48	1%	34	1%	1	0,9%	13	1%
Técnicos de nível médio	21	0,5%	15	0,5%	0	-	6	0,6%
Trabalhadores de serviços administrativos	22	0,6%	15	0,5%	2	2%	5	0,5%
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	519	13%	395	14%	14	12%	110	11%
Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca	687	17%	505	18%	20	17%	162	16%
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	875	22%	691	24%	35	30%	149	14%
Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	93	2%	70	2%	5	4%	18	2%
Profissão não listada	186	5%	135	5%	9	8%	42	4%
Aposentados	159	4%	111	4%	0	-	48	5%
Sem profissão	687	17%	460	16%	16	14%	211	20%
Autônomos	78	2%	52	2%	1	0,9%	25	2%
Sem informação	581	15%	343	12%	11	9%	227	22%
Total	3.989	100%	2.839	100%	117	100%	1.033	100%

Tabela 5

Diagnóstico	População		População		População	
Indivíduos sem conversão de pena	em MS		masculina em MS		feminina em MS	
Epilepsia	97	3%	86	3%	10	5%
Esquizofrenia	1.194	42%	1.111	42%	81	38%
Retardo mental	454	16%	424	16%	28	13%
Transtornos afetivos uni ou bipolares	95	3%	81	3%	14	6%
Transtornos de personalidade	144	5%	126	5%	18	8%
Transtornos da preferência sexual	37	1%	37	1%	0	-
Transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas	309	11%	277	11%	31	14%
Transtornos mentais orgânicos	51	2%	50	2%	0	-
Outros	7	0,2%	6	0,2%	1	0,5%
Sem informação	451	16%	418	16%	33	15%
Total	2.839	100%	2.616	100%	216	100%

Tabela 6

Infração penal	População		População		População	
Indivíduos sem conversão de pena*	em MS		masculina em MS		feminina em MS	
Contravenções penais	25	0,9%	24	0,9%	1	0,5%
Crime de tortura	5	0,2%	1	0,0%	4	2%
Crimes ambientais	5	0,2%	5	0,2%	0	-
Crimes contra a administração pública	39	1%	36	1%	3	1%
Crimes contra a dignidade sexual	423	15%	419	16%	3	1%
Crimes contra a família	4	0,1%	3	0,1%	1	0,5%
Crimes contra a fé pública	5	0,2%	4	0,2%	1	0,5%
Crimes contra a honra	4	0,1%	4	0,2%	0	-
Crimes contra a incolumidade pública	42	1%	36	1%	6	3%
Crimes contra a inviolabilidade do domicílio	11	0,4%	11	0,4%	0	-
Crimes contra a liberdade individual	105	4%	102	4%	3	1%
Crimes contra a paz pública	1	0,04%	1	0,04%	0	-
Crimes contra a propriedade intelectual	1	0,04%	1	0,04%	0	-
Crimes contra a vida	1.228	43%	1.107	42%	118	55%
Crimes contra o patrimônio	818	29%	768	29%	48	22%
Crimes contra o respeito aos mortos	12	0,4%	12	0,5%	0	-
Crimes contra o sentimento religioso	1	0,04%	1	0,04%	0	-
Crimes da lei antidrogas	102	4%	83	3%	19	9%
Crimes do Estatuto da Criança e do Adolescente	3	0,1%	3	0,1%	0	-
Crimes do Estatuto do Desarmamento	38	1%	37	1%	1	0,5%
Crimes do Estatuto do Idoso	1	0,04%	1	0,04%	0	-
Lesões corporais	213	8%	197	8%	16	7%
Periclitacão da vida e da saúde	5	0,2%	4	0,2%	1	0,5%
Rixa	1	0,04%	1	0,04%	0	-
Outros	41	1%	41	2%	0	-
Sem informação	89	3%	82	3%	6	3%

*Um mesmo indivíduo pode se enquadrar em mais de uma categoria.

Tabela 7

Tem sentença para desinternação?	População		População		População	
	em MS		masculina em MS		feminina em MS	
Sim	187	7%	175	7%	12	6%
Não	2.652	93%	2.441	93%	204	94%
Total	2.839	100%	2.616	100%	216	100%

Tabela 8

Crime	Data da sentença	Tempo da MS	Pena máxima em abstrato
Tentativa de furto	10/10/1979	32 anos	2 anos e 8 meses
Homicídio culposo	30/05/1979	31 anos	3 anos
Lesão corporal	10/01/1985	26 anos	1 ano
Lesão corporal	03/09/1985	25 anos	1 ano
Incêndio culposo	27/01/1986	25 anos	2 anos
Lesão corporal	27/05/1988	23 anos	1 ano
Lesão corporal	20/05/1988	22 anos	1 ano
Homicídio culposo	13/06/1986	24 anos	3 anos
Tentativa de estupro e violação de domicílio	21/02/1983	28 anos	6 anos e 11 meses
Homicídio culposo	05/08/1987	24 anos	3 anos