

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE DIREITO**

MARIANA MARCIANO SOARES LOPES

**AS MEDIDAS DE SEGURANÇA E A NECESSÁRIA REINserÇÃO DO
DOENTE MENTAL INFRATOR AO SEIO DA SOCIEDADE: UMA ANÁLISE
CRÍTICA DA SITUAÇÃO DA CIDADE DE JUIZ DE FORA/MG**

Juiz de Fora

2017

MARIANA MARCIANO SOARES LOPES

**AS MEDIDAS DE SEGURANÇA E A NECESSÁRIA REINserÇÃO DO
DOENTE MENTAL INFRATOR AO SEIO DA SOCIEDADE: UMA ANÁLISE
CRÍTICA DA SITUAÇÃO DA CIDADE DE JUIZ DE FORA/MG**

Monografia apresentada à
Faculdade de Direito da
Universidade Federal de Juiz
de Fora, como requisito
parcial para obtenção do
grau de Bacharel em Direito,
sob orientação da Prof.^a Ma.
Kelvia de Oliveira Toledo.

Juiz de Fora

2017

MARIANA MARCIANO SOARES LOPES

**AS MEDIDAS DE SEGURANÇA E A NECESSÁRIA REINserÇÃO DO
DOENTE MENTAL INFRATOR AO SEIO DA SOCIEDADE: UMA ANÁLISE
CRÍTICA DA SITUAÇÃO DA CIDADE DE JUIZ DE FORA/MG**

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Prof.^a Ma. Kelvia de Oliveira Toledo
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Cléverson
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Cristiano
Universidade Federal de Juiz de Fora

PARECER: () APROVADO () REPROVADO

Juiz de Fora, 09 de junho de 2017.

RESUMO

O presente trabalho tem como eixo central o estudo do instituto das medidas de segurança no Brasil, principalmente no que tange à reinserção do doente mental infrator à sociedade. Assim, buscou-se a definição, os pressupostos e fundamentos das medidas de segurança, com o intuito de elucidar a situação caótica dos hospitais de custódia e o tratamento no país. Entretanto, ressalta-se que apesar de os loucos infratores ainda enfrentarem graves problemas, seja pelo preconceito da sociedade ou pela falta de investimento público, não se pode negar que a realidade está em constante mudança. Nesse sentido, constataram-se alguns avanços em políticas públicas, com a criação das Redes de Atenção Psicossocial – como os CAPS e as Residências Terapêuticas, que estão se mostrando eficazes na recuperação e na ressocialização dos infratores portadores de doença mental. Por fim, foi discutida a situação da cidade de Juiz de Fora/MG, tendo sido demonstrado como era a realidade dos manicômios judiciários na cidade. Ademais, evidenciou-se que as Redes de Atenção Psicossocial estão contribuindo para a prevenção e reinserção social dos loucos infratores e como ainda não só a cidade de Juiz de Fora, mas o Brasil carece de investimentos para que se tenha um tratamento digno e seguro para todos.

Palavras-chave: Medidas de Segurança. Reinserção Social. Rede de Atenção Psicossocial. Loucos Infratores. Estabelecimentos de Custódia e Tratamento.

ABSTRACT

This study is essentially aimed to discuss the Brazilian security policies, particularly those concerning the adjustment of mentally ill wrongdoers back into the community. It looks into the definition and basic principles of such policies, in an attempt to understand the precarious conditions of the country's custody and mental treatment hospitals. However, it seems fair to mention that, in spite of problems, such as, prejudice and lack of public investments, it should be pointed out that some progress was achieved in the country's public policies through the creation of the so-called CAPS – Psychosocial Attention Houses and the Therapeutic Residences, which proved to be efficient in health recovering and the re-socialization of mentally ill wrongdoers. Finally, it describes the situation in the city of Juiz de Fora, M.G., by showing how precarious the judicial madhouses used to be as opposed to the good job now carried out by the Psychosocial Attention Networks, which plays a remarkable proactive and preventive role, as regards the social reinsertion of mad wrongdoers back into the community. It should though be said that much still needs to be done about the issue, not only in the city of Juiz de Fora, but also throughout the country.

Keywords: Safety Policies. Social Reinsertion. Psychosocial Attention. Network. Mad Wrongdoers. Custody & Treatment Houses.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
1. A RESPONSABILIDADE PENAL DO DELINQUENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E A APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA.....	09
1.1. Análise histórica.....	09
1.2. Medidas de segurança no Código Penal Brasileiro.....	11
1.2.1. A inimputabilidade penal e a semi-imputabilidade penal nas medidas de segurança.....	11
1.2.2. Espécies de medidas de segurança.....	13
1.2.3. Pressupostos para aplicação.....	14
1.2.4. A limitação temporal das medidas de segurança.....	15
2. A EFICÁCIA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E A REINserÇÃO DOS LOUCOS INFRATORES AO SEIO SOCIAL.....	18
2.1. Estabelecimentos de custódia e tratamento.....	18
2.2. A reinclusão do paciente à sociedade.....	19
2.3. A implementação da Reforma Psiquiátrica na execução das medidas de segurança.....	23
2.3.1. Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.....	25
2.3.2. Residências Terapêuticas.....	26
2.3.3. Programa de Atenção Integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental – PAI-PJ.....	28
3. A EFETIVIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL.....	30
3.1. Os estabelecimentos de custódia e a realidade brasileira.....	30
3.2. Estudo das medidas de segurança na cidade de Juiz de Fora/MG.....	32
3.3. Rede de Atenção Psicossocial em Juiz de Fora/MG.....	36
CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	47
Anexo 01.....	47
Anexo 02.....	48

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi elaborado com o objetivo de se aprofundar nos estudos das medidas de segurança, principalmente no que tange à sua efetividade no Brasil e, mais especificadamente, na cidade de Juiz de Fora/MG. Assim, questiona-se: um portador de doença mental que comete injusto penal deve ser submetido a que tipo de tratamento? O tratamento de isolamento é uma medida digna e eficaz? Para isso, o tema foi discutido em três capítulos.

O primeiro capítulo destina-se a fazer uma breve análise histórica sobre como surgiu o instituto das medidas de segurança, mostrando também a sua finalidade, as espécies, como é tratado no Código Penal Brasileiro e quais os pressupostos de sua aplicação. Por fim, houve a exposição de algumas correntes doutrinárias acerca da limitação temporal de tal instituto.

Já no segundo capítulo, foi mostrado como deve ocorrer, segundo os diplomas legais, a aplicação das medidas de segurança no Brasil e a internação nos hospitais de custódia e tratamento.

Ademais, discutiu-se sobre alguns problemas quando se trata da reinclusão do paciente – infrator portador de doença mental – ao seio social, mostrando que há a permanência do tradicionalismo psiquiátrico nos dias atuais e que ocorre um processo de estigmatização social. Entretanto, insta ressaltar que a realidade está em constante evolução, como se pode perceber através da Reforma Psiquiátrica e da edição da Lei nº 10.216/2001, que trouxeram necessários avanços em políticas públicas, com a criação de novos programas do Ministério da Saúde no âmbito municipal.

No terceiro capítulo, a abordagem foi sobre a realidade que os loucos infratores enfrentam nos hospitais de custódia e tratamento do Brasil, discutindo-se sobre algumas situações de precariedade e desrespeito à dignidade da pessoa humana.

Também foi discutida a realidade de Juiz de Fora/MG, tendo sido demonstrado o antigo panorama e a atual situação quando da aplicação das medidas de segurança e qual é a importância da Rede de Atenção Psicossocial para os cidadãos dessa cidade. Sendo assim, para dar suporte ao que foi discutido e apresentado no estudo, algumas entrevistas foram realizadas, tais como: com o Diretor Geral do Ceresp (Centro de Remanejamento do Sistema Prisional de Juiz de Fora), Alexandre Cunha Silva, e o Promotor de Justiça Rodrigo Ferreira de Barros – Coordenador Regional das Promotorias Regionais de Saúde da Macrorregião Sudeste.

Dessa forma, tentou-se buscar dar uma maior visibilidade a alguns desafios que os delinquentes portadores de transtorno mental enfrentam, podendo fomentar a reflexão e o diálogo acerca das necessidades contemporâneas.

1. A RESPONSABILIDADE PENAL DO DELINQUENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E A APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

1. 1. ANÁLISE HISTÓRICA

Na Grécia e Roma antigas, a alienação era vista como um desequilíbrio humano comandado pelos deuses. Assim, doentes mentais, considerados como vítimas de manifestações demoníacas, eram segregados e internados em casas de custódia como medida de defesa social, além de serem submetidos a vários tipos de torturas, independentemente de terem praticado algum crime ou não¹.

Não obstante, no início do Renascimento e com o desenvolvimento do Iluminismo, ocorreu um maior desenvolvimento da psiquiatria, entendendo a loucura como uma doença ligada ao âmbito da Medicina, entretanto, os doentes mentais ainda continuaram vistos como obstáculo à ascensão da burguesia, sendo destinados aos “manicômios” e isolados do convívio social².

Sobretudo, com Beccaria e a evolução da Escola Positiva – época em que a medicina legal mais humanista se desenvolveu – surge a noção de que, para a prática de um ato delituoso, necessário é considerar a vontade humana. Ademais, o indivíduo com transtorno mental não foi mais considerado como um indivíduo alienado, mas sim uma pessoa doente que necessita de tratamento, o que faz surgir, assim, a ideia de perigosidade criminal.

Dessa maneira, ressalta-se que é no período moderno que surgem os primeiros delineamentos do que hoje vem a ser o instituto da medida de segurança. Em 1870, inaugura-se o primeiro manicômio judiciário na Inglaterra, que pretendia não apenas recolher os doentes mentais como medida de proteção da sociedade, mas também oferecer o tratamento psiquiátrico para aqueles que houvessem cometido algum tipo de delito.

Já no que tange ao direito positivo, insta mencionar que a primeira aparição da medida de segurança ocorreu no Código Penal Suíço de 1893, posteriormente, no Código Penal Norueguês de 1902 e, após, no Código Penal Italiano, em 1930.

¹ MAMEDE, Margarida C. **Cartas e retratos: uma clínica em direção à ética**. São Paulo: Altamira, 2006.

² LIMA, Cynara. DUARTE, Thais. **Medidas de segurança: eficácia e ressocialização diante das condições precárias dos centros psiquiátricos judiciários**: 2016, fls. 02. Disponível em: <<http://enpejud.tjal.jus.br/index.php/exmpteste01/article/view/60>>. Acesso em 04.04.17.

No Brasil, o Código do Império de 1830 foi o primeiro que mencionou a situação dos “loucos” que cometiam crimes, estabelecendo que estes fossem entregues a suas famílias ou então internados em estabelecimentos destinados ao tratamento. Entretanto, o juiz que decidia qual das hipóteses seria aplicável a cada caso, sem qualquer envolvimento e colaboração de médicos especialistas.³ Tal ordenamento apresentava, ainda, medidas de caráter preventivo e curativo, determinando que o doente mental não fosse julgado como criminoso.⁴

Com o Código Penal dos Estados Unidos do Brasil de 1890⁵, houve a necessidade de se embasar legalmente a decisão do magistrado, ou seja, aqueles considerados incapazes por aflição de doença mental deveriam ser internados ou entregues à sua família, conforme exigisse seu estado mental e também o grau da sua enfermidade para a ordem pública. Já o Código de Vicente Piragibe regulamentou a internação daqueles sem responsabilidade penal devido à doença mental em asilos públicos enquanto os manicômios criminais não fossem construídos pelos Estados.⁶

Em relação ao Código Penal de 1940⁷, adotou-se a medida de segurança para os infratores portadores de doenças mentais e, pela primeira vez, tal medida fora abordada como uma sanção penal diferenciada para aqueles indivíduos que, por terem capacidade mental suprimida ou por não serem capazes de determinar-se de acordo com suas vontades por conta da doença mental que lhes afligiam ao tempo do crime, são isentos de pena. Ademais, a finalidade da medida de segurança é prevenir novas infrações penais baseadas em um juízo de probabilidade acerca da periculosidade do agente, sendo essencialmente preventivas e destinadas à vigilância, reeducação e tratamentos dos inimputáveis.

Por fim, com a Reforma Penal de 1984, houve a supressão do sistema duplo binário no Brasil, que possibilitava a aplicação cumulativa da pena e da medida de segurança ao semi-imputável. Assim, o ordenamento jurídico brasileiro adotou o sistema vicariante, o qual não permite tal cumulação. Nesse sentido, Bitencourt preleciona:

³ BRASIL, **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Art. 12. Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente.

⁴ BRASIL, **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Art. 10. Tambem não se julgarão criminosos: (...) 2º Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime.

⁵ BRASIL, **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890**.

⁶ BRASIL, **Decreto nº 22.213 de 14 de dezembro de 1932**.

⁷ BRASIL, **Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940**.

Atualmente, o imputável que praticar uma conduta punível sujeitar-se-á somente à pena correspondente; o inimputável, à medida de segurança, e o semi-imputável, o chamado “fronteiro”, sofrerá pena ou medida de segurança, isto é, ou uma ou outra, nunca as duas, como ocorre no sistema duplo binário.⁸

Dessa forma, com alicerce no sistema vicariante, aplica-se a medida de segurança ao inimputável e, ao semi-imputável, a pena, reduzida de um a dois terços, sendo que tal pena poderá ser convertida em medida de segurança caso o indivíduo necessite de especial tratamento curativo, como preceitua o artigo 98 do Código Penal.

1.2. MEDIDAS DE SEGURANÇA NO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

1.2.1. A inimputabilidade penal e a semi-imputabilidade penal nas medidas de segurança

Muito se discute acerca da ineficácia da execução da pena no que tange à prevenção e à recuperação do criminoso, sobretudo referente aos indivíduos portadores de periculosidade que, por vezes, agem sem culpabilidade. Assim, um dos caminhos usados para a melhor prevenção criminal foi a criação das medidas de segurança, fundadas na periculosidade do agente.

Dessa forma, a medida de segurança é uma espécie de sanção penal, porém tem como finalidade a prevenção, sendo ela aplicável aos inimputáveis e aos semi-imputáveis que cometem ilícito penal. Sobre a importância da finalidade preventiva da medida, Fernando Capez diz: “sanção penal imposta pelo estado, na execução de uma sentença, cuja finalidade é exclusivamente preventiva, no sentido de evitar que o autor de uma infração penal que tenha demonstrado periculosidade volte a delinquir”.⁹

Importante posição sobre a conceituação, preleciona Mirabete:

A medida de segurança não deixa de ser uma sanção penal e, embora mantenha semelhança com a pena, diminuindo um bem jurídico, visa precipuamente à prevenção, no sentido de preservar a sociedade da ação de delinquentes temíveis e de recuperá-los com tratamento curativo.¹⁰

⁸ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal: parte geral**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 858.

⁹ CAPEZ, Fernando; PRADO, Stela. **Código Penal Comentado**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2007, p.467.

¹⁰ MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de direito penal**. 26. ed. São Paulo: Atlas 2010, p.265.

Conforme o artigo 26 do Código Penal¹¹, os inimputáveis são aqueles 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. Assim, somente a patologia psíquica não é capaz de conferir a qualificação de inimputável ao agente, já que ela pode não influenciar na capacidade de entendimento ou de determinação do indivíduo. Já os semi-imputáveis são aqueles que possuem, embora reduzida, capacidade de entendimento ou de determinar-se conforme este entendimento, aliada à perturbação da saúde mental ou ao desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

Insta salientar que o inimputável não comete crime, vez que está ausente a sua culpabilidade, ou seja, não há potencial consciência da ilicitude, da exigibilidade de conduta diversa e da imputabilidade. Dessa forma, inimputáveis cometem tão somente fatos típicos e antijurídicos, razão esta que o Código Penal utilizou a expressão “fato previsto como crime” em seu artigo 97, *caput*. Sobre a culpabilidade, importante ressaltar que:

No que tange ao julgamento da culpabilidade e da imputabilidade, uma das tarefas será averiguar se, ao cometer o ato, a pessoa tinha condições psíquicas de julgar o mérito do ato cometido e as consequências resultantes de seu cometimento. A questão é já demasiado complexa em si mesma, a tarefa é sujeita a julgamentos subjetivos de confiabilidade bastante discutível e, além disso, há ainda o fator complicador o fenômeno da contra-transferência, que engloba os sentimentos inconscientes do profissional em relação ao perpetrador.¹²

Na verdade, para eximir de pena exige-se, em outros termos, que tal distúrbio – doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado – produza uma consequência determinada, qual seja, a falta de capacidade de discernir, de avaliar os próprios atos, de compará-los com a ordem normativa. O agente é incapaz de avaliar o que faz, no momento do fato, ou então, em razão dessas anormalidades psíquicas, é incapaz de autodeterminar-se.¹³

Assim, ao ser constatada a prática de fato típico e antijurídico, o inimputável será submetido ao processo penal, regularmente instaurado, como se imputável fosse, mas podendo ser deflagrado o incidente de insanidade mental. Aferida por laudo pericial, após ambas as partes manifestarem-se sobre tal laudo, o magistrado reconhece

¹¹ BRASIL, **Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940.**

¹² MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216.** Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf>. Acesso em 21.04.2017, p.42.

¹³ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal, parte geral 1.**São Paulo: Saraiva, 2014, p. 475.

a inimputabilidade, devendo absolver impropriamente o inimputável, aplicando, em seguida, a medida de segurança.

1.2.2. Espécies de medidas de segurança

Renato Marcão explica que o direito penal tem como finalidade proteger “os bens e valores jurídicos fundamentais”. E complementa que, como o bem jurídico é considerado como o bem da vida, para sua proteção foram criados os tipos penais, onde se estabelecem modelos de condutas que estão sujeitas à imposição das penas.¹⁴ Mas quando se apurar que o indivíduo, no tempo da ação ou omissão, não dispuser de integridade de suas faculdades mentais, a pena será substituída pela medida de segurança.

Sobre o conceito de medida de segurança, importante destacar que:

Medida de segurança é toda a reação criminal, detentiva ou não detentiva, que se liga à prática, pelo agente, de um fato ilícito típico, tem como pressuposto e princípio de medida a sua periculosidade e visa finalidades de defesa social ligadas à prevenção especial, seja sob a forma de segurança, seja sob a forma de ressocialização.¹⁵

As medidas de segurança para os inimputáveis consistem na internação em estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico e no tratamento ambulatorial. A internação é o recolhimento do paciente a um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou outro estabelecimento adequado, com características similares. Contudo, na prática, a execução da medida realiza-se nos vulgarmente denominados “manicômios judiciários, instituições com totais características asilares e segregacionistas similares às penitenciárias”.¹⁶

Já o tratamento ambulatorial caracteriza-se pela imposição de acompanhamento médico-psiquiátrico ao paciente sem, no entanto, haver obrigatoriedade de que este permaneça recluso na instituição. Tal tratamento é aplicável quando não houver prova de maior periculosidade ou recomendação médica e, ao fato praticado pelo agente, for cominada abstratamente a pena de detenção. Assim destaca Bitencourt:

¹⁴ MARCÃO, Renato. **Curso de execução penal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 254.

¹⁵ LEVORIN, Marco Polo. **Princípio da Legalidade na Medida de Segurança**. 1ª Ed. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2003, p.161.

¹⁶ CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 506.

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.¹⁷

1.2.3. Pressupostos para aplicação

Quanto aos pressupostos para a aplicação da medida de segurança, três se fazem presentes: prática de fato punível, periculosidade do agente e a ausência de imputabilidade plena.

A prática de fato punível é pressuposto essencial tanto para a aplicação da pena quanto da medida de segurança. Assim, é indispensável que o sujeito tenha praticado um ilícito penal, porém, ressalta-se que a ausência de provas e a presença de excludentes de criminalidade ou de culpabilidade, com a exceção da inimputabilidade, impedem a aplicação de tal pressuposto. Sobre tal tema:

Parte-se, portanto, da consideração de que a conduta é uma condição decisiva, mas não nos interessam as condutas em geral, nem discutir se houve ou não uma conduta, mas nos importa tão somente se a conduta *in concreto* que examinamos foi realizada com características exigidas na lei penal. Em outros termos, é estéril a discussão sobre um conceito geral de ação válido para todas as possíveis formas de ação humana, porque, em realidade, interessa-nos somente se o agente agiu (atuou) na forma descrita na lei penal.¹⁸

No que tange à periculosidade do agente, Bitencourt assevera que:

É indispensável que o sujeito que praticou o ilícito penal típico seja dotado de periculosidade. Periculosidade pode ser definida como um estado subjetivo mais ou menos duradouro de antissociabilidade. É um juízo de probabilidade – tendo por base a conduta antissocial e a anomalia psíquica do agente – de que este voltará a delinquir.¹⁹

Já em relação à ausência de imputabilidade plena, ressalta-se que o agente imputável não poderá sofrer medida de segurança, mas sim ser apenado. No que tange à imputabilidade:

¹⁷ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal, parte geral 1.**São Paulo: Saraiva, 2014, p.861.

¹⁸Idem, p.297.

¹⁹BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal, parte geral 1.**São Paulo: Saraiva, 2014, p. 860.

Em primeiro lugar, é preciso estabelecer se o sujeito tem certo grau de capacidade psíquica que lhe permita ter consciência e vontade dentro do que se denomina autodeterminação, ou seja, se tem ele a capacidade de entender, diante de suas condições psíquicas, a antijuridicidade de sua conduta de adequar essa conduta à sua compreensão. A essa capacidade psíquica denomina-se imputabilidade.²⁰

Em primeiro lugar [...] uma rígida separação entre inimputáveis e imputáveis constitui uma ficção desacreditada pela psiquiatria mais recente e pela própria realidade; segundo, porque alienação mental e inimputabilidade não são equivalentes, havendo diversos graus de inimputabilidade conforme a respectiva causa; terceiro, porque a loucura e, pois, a inimputabilidade, são socialmente construídas, variando no tempo e no espaço os comportamentos assim etiquetados, tanto que os 61 laudos psiquiátricos não raro se contradizem, razão pela qual se poderia dizer, à maneira de Nietzsche, que a rigor não existem fenômenos psiquiátricos, mas apenas uma interpretação psiquiátrica dos fenômenos; quarto, porque, ainda que assim não fosse, o inimputável poderia alegar excludentes de culpabilidade sempre que se achasse numa situação em que o imputável pudesse fazê-lo, por força do princípio da isonomia inclusive; quinto, porque tal entendimento implicaria tratar o inimputável não como sujeito de direito (como é comum, aliás), mas como objeto de intervenção jurídico-penal.²¹

Por fim, os semi-imputáveis estarão sujeitos à medida de segurança excepcionalmente, ou seja, somente quando for necessário o especial tratamento curativo.

1.2.4. A limitação temporal das medidas de segurança

O juiz deverá fixar um prazo mínimo – entre um e três anos - de duração da medida de segurança para que, em seu término, ocorra o exame de cessação de periculosidade. Ademais, o critério para a fixação de tal prazo depende do quão grave é a doença mental, da possibilidade ou impossibilidade de recuperação da saúde mental e também da duração do tratamento curativo necessário.

Deve-se computar na contagem do prazo mínimo, através da detração, o tempo de prisão provisória, de prisão administrativa e de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou estabelecimento adequado, conforme artigos 41 e 42 do Código Penal.²²

²⁰MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**, 2. Ed. São Paulo, Atlas, 1985. p. 95.

²¹QUEIROZ, Paulo. **Direito Penal: parte geral**. 6. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p.438.

²²BRASIL, **Código Penal**, Art. 41 - O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado.
Art. 42 - Computam-se, na pena privativa de liberdade e na medida de segurança, o tempo de prisão provisória, no Brasil ou no estrangeiro, o de prisão administrativa e o de internação em qualquer dos estabelecimentos referidos no artigo anterior.

Além disso, ao termo do prazo mínimo fixado pelo juiz na sentença, caso não comprovada a cessação da periculosidade na primeira perícia, deve-se realizar o exame a cada ano. Entretanto, o juiz poderá determinar, até mesmo de ofício, a realização da perícia a qualquer tempo, inclusive durante o prazo mínimo fixado, quando houver requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, por seu procurador ou então defensor, com fulcro no artigo 176 da Lei de Execução Penal.²³

Dessa forma, percebe-se que o tempo de duração da medida de segurança é indeterminado, perdurando sua execução enquanto não for feito o exame de cessação da periculosidade, o que ocasiona diversas discussões doutrinárias:

As medidas de segurança são tão aflitivas quanto as penas, razão porque assevera que o Estado não pode exercer seu *ius puniendi* eternamente, perpetuamente, sobre uma pessoa. Não há como negar que ambas restringem a liberdade do indivíduo e violam seus direitos fundamentais. Por este motivo é que ambas devem estar sujeitas às mesmas garantias e limites. Nesse rumo, é fácil concluir que o prazo indeterminado de duração das medidas de segurança vai de encontro à vedação constitucional à prisão perpétua.²⁴

Além disso, Zaffaroni e Pierangeli a respeito da duração da medida de segurança enunciam que:

De acordo com as regras legais expressas, as medidas de segurança não teriam limite máximo, ou seja, poderiam, por hipótese, perdurar durante toda a vida das pessoas a elas submetidas, sempre que não advenha uma perícia indicativa da cessação da periculosidade do submetido. Esta consequência deve chamar a interpretação dos intérpretes de qualquer lei penal, por menos que reflexionem sobre uma medida de segurança significar limitações de liberdade e restrições de direitos, talvez mais graves do que os dotados de conteúdo autenticamente punitivo. Se a Constituição Federal dispõe que não há penas perpétuas (art.5º, XLVII, b), muito menos se pode aceitar a existência de perdas perpétuas de direitos formalmente penais.²⁵

Reale Júnior também questiona a indeterminação da medida de segurança e ainda aponta uma solução para o problema:

²³ BRASIL, **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.

²⁴ JESUS NETA A. S. de; ALMEIDA, D.; GALVÃO, M. (2011). **Medida de segurança: uma abordagem sobre a aplicação das medidas de segurança**. Disponível em: <<http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=3588>>. Acesso em: 09/04/2017, p. 12.

²⁵ ZAFFARONI, E. R.; PIERANGELI, J. H.. **Manual de Direito Penal Brasileiro: parte geral**. 5. e. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004, p. 809.

Quanto à duração indeterminada, cabe razão aos críticos, uma vez que o princípio da legalidade impõe que se fixe limite máximo de tempo de aplicação da medida de segurança, o que se procurou remediar no projeto em andamento no Congresso Nacional, que prevê no art. 98 que o tempo da medida de segurança não será superior à pena máxima cominada ao tipo legal de crime. Findo o prazo, se não cessada a doença, segundo o propósito do Projeto, deve ser declarada extinta a medida e o internado deve ser transferido para hospital da rede pública, se não for suficiente o tratamento ambulatorial. Passa o Internado, sujeito a medida de segurança determinada por juízo criminal, a receber, vencido prazo da pena máxima cominada ao crime correspondente ao fato praticado, tratamento comum, em hospital comum.²⁶

Nesse mesmo sentido André Copetti afirma que:

Totalmente inadmissível que uma medida de segurança venha a ter uma duração maior que a medida da pena que seria aplicada a um imputável que tivesse sido condenado pelo mesmo delito. Se no tempo máximo da pena correspondente ao delito o internado não recuperou sua mental, injustificável é a sua manutenção em estabelecimento psiquiátrico forense, devendo, como medida racional e humanitária, ser tratado como qualquer outro doente mental que não tenha praticado qualquer delito.²⁷

Em sentido oposto, Prado alega que, segundo a finalidade da medida de segurança, seu caráter é indeterminado, podendo durar a vida inteira do imputável:

Em sentido oposto, salienta-se que a indeterminação é inerente à própria finalidade das medidas de segurança, cuja duração não pode ser fixada. A medida de segurança deve, por conseguinte, ser indeterminada no tempo, não excluída a hipótese de se prolongar por toda a vida do condenado.²⁸

Também Rogério Greco mostra discordância quando explana sobre o prazo limite estabelecido para a medida de segurança:

Não tem prazo certo de duração, persistindo enquanto houver necessidade do tratamento destinado à cura ou à manutenção da saúde mental do imputável. Ela terá duração enquanto não for constatada, por meio de perícia médica, a chamada cessação da periculosidade do agente, podendo, não raras vezes, ser mantida até o falecimento do paciente.²⁹

²⁶ REALE JÚNIOR, Miguel. **Instituições de direito penal**. Rio de Janeiro: Forense, 2004, p. 177.

²⁷ COPETTI, A. **Direito penal e estado democrático de direito**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000, p. 185.

²⁸ PRADO, L. R.. **Curso de direito penal brasileiro. Parte geral**. v.1. 5. e. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005, p. 711.

²⁹ GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**. 11ª ed. Rio de Janeiro, 2010, p. 681.

2. A EFICÁCIA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E A REINserÇÃO DOS LOUCOS INFRATORES AO SEIO SOCIAL

2.1. ESTABELECIMENTOS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO

Conforme a Lei de Execução Penal³⁰, aquele submetido à medida de segurança de internação deverá ficar recolhido em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Caso não seja possível, imperiosa é a sua internação em qualquer outro estabelecimento de características hospitalares, com o tratamento adequado, sendo sempre submetido aos exames psiquiátrico, criminológico e de personalidade.

Ainda conforme o referido diploma legal, quando o estabelecimento penal não tiver aparelhado para prover a assistência médica-psiquiátrica que for necessária, esta poderá ser prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.³¹

Ademais, além da possibilidade de ocorrer a internação em hospital particular, contando que não tenha estabelecimento adequado ao tratamento em hospital público e desde que se assegure a custódia do internado, também é possível que seja contratado médico da confiança pessoal do internado para que acompanhe o tratamento.

O tratamento apresenta como finalidade permanente a reinclusão do paciente ao seu meio social, de acordo com o artigo 4º, § 1º da Lei n. 10.216/2001.³² Ademais, ao se ter como alicerce a humanização do atendimento, deve-se oferecer assistência integral à pessoa com transtornos mentais, proporcionando, assim, serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros.

Entretanto, insta salientar que “não se permite, assim, a permanência do sentenciado em cadeia pública ou outro estabelecimento em que não lhe seja prestado o devido tratamento constituindo o fato constrangimento ilegal sanável pela via do *habeas corpus*”.³³ Nesses casos, deve-se transferir o sentenciado para estabelecimento

³⁰ BRASIL, **Lei de Execução Penal**.

³¹ BRASIL, **Lei de Execução Penal**. Art. 14. A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. § 2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

³² BRASIL, **Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001**. Art. 4. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

³³ MIRABETE, Júlio Fabbrini e FABBRINI, Renato N. **Código Penal Interpretado**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2013, p. 578.

adequado ou então substituir, temporariamente, a internação por tratamento ambulatorial.

2.2. A REINCLUSÃO DO PACIENTE À SOCIEDADE

Mesmo com a evolução do estudo da psiquiatria e do louco infrator, possível é verificar, ainda, características do tradicionalismo psiquiátrico no Brasil, uma vez que se percebe, por exemplo, que o hospital psiquiátrico é uma instituição com função mais custodial do que terapêutica, diferentemente do previsto na doutrina, além de a loucura e seu tratamento ainda ser uma questão mais técnica do que um problema que diz respeito a toda sociedade.³⁴

Além disso, não se deve desconsiderar os problemas estruturais desses hospitais, que, muitas vezes, carece de recursos para garantir o mínimo aos seus internados:

Finalmente, há que considerar que a situação real dos HCTPs não é nem um pouco favorável, do ponto de vista dos recursos necessários, a seu funcionamento. Entre os assim denominados serviços de saúde, os HCTPs estão certamente entre os mais prejudicados, em parte pela situação geral de precariedade do sistema prisional e por outra parte ainda como reflexo das atitudes culturais estigmatizantes em relação a este personagem que incorpora duas figuras historicamente discriminadas, o criminoso e o “louco”.³⁵

Da mesma forma, a Organização Mundial da Saúde dispõe:

A grande quantidade de pessoas com transtornos mentais encarceradas em prisões são um subproduto, entre outras coisas, da inexistência ou disponibilidade reduzida de estabelecimentos públicos de saúde mental, implementação de leis que criminalizam o comportamento inconveniente, o falso conceito difundido de que todas as pessoas com transtornos mentais são perigosas e uma intolerância da sociedade com o comportamento indócil ou perturbador.³⁶

³⁴ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf>. Acesso em 19.04.2017.

³⁵ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf>. Acesso em 19.04.2017.

³⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: OMS, 2001, p.129.

Ademais, não se deve olvidar que a herança da periculosidade como fundamento de aplicação das medidas de segurança no país colabora para a dificuldade de ressocialização daqueles loucos infratores que foram desinternados.

Nesse diapasão, importante ressaltar que a resposta jurídica cabível ao autor de uma conduta ilícita é legitimada pela ciência jurídico-penal, que divide o sistema de responsabilidade criminal em dois discursos de fundamentação, quais sejam: sistema de culpabilidade e sistema de periculosidade. Assim, no que tange ao sistema de periculosidade, na ausência de culpabilidade e constatação da inimputabilidade, a aferição de periculosidade do agente vai ensejar a aplicação da medida de segurança.³⁷

Cumprir dizer também que a palavra “periculosidade” denota a característica do que é perigoso, o conjunto de circunstâncias que indicam probabilidade de alguém praticar um crime³⁸, sendo que Fragoso conceitua periculosidade da seguinte forma:

[...] é, em substância, um juízo de probabilidade que se formula diante de certos indícios. Trata-se de juízo empírico formulado, e, portanto, sujeito a graves erros. Pressupõe-se sempre, como é óbvio, uma ordem social determinada a que o sujeito deve ajustar-se e que não é questionada.³⁹

Para Michel Foucault, as medidas de segurança não têm como finalidade sancionar a infração, mas “a controlar o indivíduo, a neutralizar sua periculosidade, a modificar suas disposições criminosas, a cessar somente após obtenção de tais modificações”.⁴⁰

Assim, ressalta-se que a periculosidade é aferível de acordo com um juízo projetado para o futuro, logo, a pessoa com transtorno mental corre o risco de ficar internada, “em tratamento”, por um período superior à pena máxima prevista “in abstrato” para o crime por ela praticado, e é nesse sentido que Juarez Cirino dos Santos esclarece:

[...] o Estado pretende cumprir a tarefa de proteger a comunidade e o cidadão contra fatos puníveis utilizando instrumentos legais alternativos: a) penas criminais, fundadas na culpabilidade do autor; b) medidas de segurança, fundadas na periculosidade do autor [...]. Ao contrário da natureza retributiva das penas criminais, fundadas na culpabilidade do fato passado, as medidas de segurança, concebidas como instrumento de proteção social e de terapia individual – ou como medidas de natureza preventiva e assistencial, segundo

³⁷ CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**: fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013.

³⁸ HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

³⁹ FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de Direito Penal**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1969, p. 499.

⁴⁰ FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 36. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009, p.22.

a interpretação paralela do Legislador -, são fundadas na periculosidade de autores inimputáveis de fatos definidos como crimes, com o objetivo de prevenir a prática de fatos puníveis futuros.⁴¹

Ainda em relação à periculosidade, imperioso destacar que sua cessação pode condenar uma pessoa com transtorno mental em conflito com a lei a viver para sempre em um hospital de custódia, uma vez que, conforme Musse, a agressividade é inerente ao homem e não apenas àqueles que possuem transtorno mental. Além disso, não há conhecimento científico que saiba precisar, com a devida segurança, o quão é perigoso, quando se é perigoso e quando se deixa de sê-lo. Assim, as respostas a tais perguntas, com base nos laudos técnicos, são circunstanciais, provisórias e ainda dependem do referencial que o perito for adotar no caso.⁴²

Ademais, insta ressaltar que, caso ocorra a cessação da periculosidade, o indivíduo que foi submetido à internação no hospital de custódia e de tratamento torna-se capaz de retornar ao convívio social. Entretanto, ele se choca com um mundo externo que lhe impõe uma etiqueta social estigmatizante e excludente, que dificulta a sua ressocialização. Como disse Dimare, “Se o próprio estigma de doença mental já acompanha o indivíduo por toda a vida, dificultando a sua adaptação e aceitação por parte dos demais, imagine-se somando a este estigma, a delinquência.”⁴³

A teoria do etiquetamento social mostra que há uma clara criação de rótulos pela sociedade, ou seja, de estereótipos criminosos que permitem a prática não oficial de exclusão de pessoas. Assim, imperioso destacar que há uma distinção entre aqueles que devem ser excluídos da sociedade e aqueles que merecem uma solução pacífica, com estudo e medidas de prevenção. Moretzsohn chama tal prática de discurso higienista, “que expressam a naturalização dos conflitos sociais, simplificados a partir de estereótipos que reproduzem o senso comum a respeito e deixam ileso a estrutura radicalmente segregadora e violenta da própria sociedade que reproduz o crime e a exclusão”.⁴⁴

⁴¹ SANTOS, Juarez Cirino. **Direito Penal: parte geral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p. 639.

⁴² MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

⁴³ DIMARE, Roséli. **Transtorno Mental e Medidas de Segurança: Uma Análise Médico-Jurídica**. 2010. 71f. Trabalho de conclusão do curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Penais da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação do Prof. Marcus Vinícius Macedo, p. 63.

⁴⁴ MORETZSOHN, Sylvia. **Imprensa e criminologia – o papel do jornalismo nas políticas de exclusão social**. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/moretzsohn-sylvia-imprensa-criminologia.pdf>, p.19. Acesso em 28.04.17.

Nesse mesmo sentido, Andrade esclarece a maneira como o Direito Penal se mostra seletivo, principalmente como as atribuições de estamento social influenciam na criminalização, a partir da tipificação e interações sociais que refletem o etiquetamento social de criminosos:

Foi assim que a descoberta deste código social extralegal conduziu a uma explicação da regularidade da seleção (e das cifras negras) superadora da etiologia: da tendência a delinquir às maiores 'chances' (tendência) de ser criminalizado. A clientela do sistema penal é constituída de pobres, não porque tenham maior tendência para delinquir, mas precisamente porque têm maiores chances de serem criminalizados e etiquetados como delinquentes. As possibilidades (chances) de resultar etiquetado, com as graves consequências que isto implica, se encontram desigualmente distribuídas.⁴⁵

Assim, ao se fazer uma breve relação da teoria do etiquetamento social com aqueles submetidos às medidas de segurança, percebe-se que a sociedade já tem, preliminarmente, um preconceito com aquelas pessoas que possuem doença mental. Ao cumular tal fato com o cometimento de determinado delito, o que gera é a formação de um estereótipo que vai reproduzir a exclusão e a estigmatização de forma cíclica, bem como ocorre com os delinquentes de classes menos favorecidas e sem escolaridade.

Ainda no que tange à ressocialização, importante destacar a posição de Cardoso:

Desinstitucionalizar a loucura não é o mesmo que desospitalizar o paciente, e sim, agir no imaginário social que a toma como algo ruim, negativo, perigoso ou improdutivo. A desqualificação e negativização do louco redundam em criminalização, preconceito, desassistência e abandono, entre outros efeitos vulnerabilizantes.⁴⁶

Deve-se ressaltar que, apesar de o Brasil ser herdeiro de um sistema de saúde mental caracterizado pelo desrespeito ao ser humano e a reinserção do delinquente portador de doença mental no seio social ainda se mostrar com graves defeitos, com a intolerância e a exclusão pela sociedade, tal realidade está em constante mudança e evolução, como se pode perceber com a Reforma Psiquiátrica e a edição da Lei nº 10.216/2001, que trouxeram importantes avanços em políticas públicas, com a criação de novos programas do Ministério da Saúde no âmbito municipal para garantir a dignidade dos loucos infratores, sendo que tal questão será abordada no tópico seguinte.

⁴⁵ ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **A ilusão de Segurança Jurídica: do controle da violência à violência do controle penal**. 1. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 1997, p.270.

⁴⁶ CARDOSO, André Raimundo de Souza; BARCELOS, Denise Soares. **Os (des)caminhos da loucura judicializada**. In: CARDOSO, André Raimundo de Souza (Org.). *Medida de Segurança: os (des)caminhos da razão*. Niterói: Tem bambu Tem flecha, 2010, p. 110.

2.3. A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

Em um processo de legitimação da exclusão, o modelo de instituições manicomiais atravessou um longo período até os dias atuais. Ressalta-se que, na década de 70, o psiquiatra italiano Franco Basaglia logrou fechar os manicômios em Trieste, acabando com a violência dos tratamentos e com a instituição psiquiátrica tradicional, além de restituir a cidadania e os direitos sociais aos doentes e garantir o direito ao tratamento psiquiátrico qualificado. Esse grande passo dado pela Itália influenciou o Brasil, vindo à tona discussões sobre a desinternação do portador de sofrimento mental e da humanização no tratamento, com o fim de se promover a reinserção social.⁴⁷

Assim, surgiu a questão da Reforma Psiquiátrica no país que, com o advento da Lei nº. 7.209/84, mudou dispositivos do Código Penal e da Lei de Execuções Penais. Dessa forma, a figura do Manicômio Judiciário foi substituída pelo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sendo que, posteriormente, houve a edição da Lei nº 10.216 no ano de 2001, trazendo diversos avanços em políticas públicas, apesar de o Brasil ainda ser herdeiro de um sistema de saúde mental impregnado da cultura de desrespeito aos direitos humanos dos pacientes.

A Reforma Psiquiátrica representa a construção de uma mudança na cultura de exclusão existente na sociedade e do modelo assistencial asilar/carcerário para o tratamento da pessoa com um transtorno mental. Assim, a substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de serviços diversificados, regionalizados e hierarquizados, orientada não apenas para uma mera supressão de sintomas, e sim para a efetiva reabilitação psicossocial do louco infrator, procura colocar um fim na cultura prisional manicomial. Sobre tal Reforma, importante ressaltar:

Com a expansão do Movimento, diferenças internas, teóricas, técnicas ou ideológicas, convergiram para uma agenda comum, buscando resgatar casos e histórias de pessoas em sofrimento psíquico, de modo a debater e superar o próprio fundamento da instituição psiquiátrica tradicional, em seus pressupostos conceituais e na prática desenvolvida; onde antes se via apenas doença, defeito, desrazão e periculosidade na figura do louco, propunha-se

⁴⁷ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf>. Acesso em 19.04.2017, p.19.

uma nova atitude voltada ao debate sobre a cidadania, os direitos humanos e o dever maior de prestar um serviço digno afinal.⁴⁸

E é contra este edifício, consolidado ao longo de anos e sustentado pela sociedade frente ao preconceito contra o infrator portador de doença mental, cuja função histórica foi e ainda é a produção de espaços e formas de segregação e exclusão, é que passaram a se dirigir, na perspectiva de sua desconstrução, os novos esforços abrangendo as áreas social e institucional.

Ainda sobre a Lei 10.216 de 2001 - que trata da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental - deve-se ter em vista que, apesar de a mesma prever o fechamento dos hospitais psiquiátricos⁴⁹ e a implementação de uma rede de serviços diversificados, não há qualquer delimitação de tempo para tal mudança. Dessa forma, atualmente, a sociedade se depara ainda com uma realidade psiquiátrica ultrapassada no que tange aos espaços asilares, indo totalmente de encontro às modernas técnicas em saúde mental, as quais serão aqui delineadas.

Ademais, corroborando com os fatos acima citados, conforme o Ministério da Saúde, percebe-se que o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos vêm ocorrendo de forma gradual e lenta, vez que, entre 2002 e 2015, ou seja, em 13 (treze) anos, houve apenas uma redução de 51,3% (cinquenta e um inteiros e trinta centésimos por cento) no número de leitos, caindo de 51.393 (cinquenta e um mil e trezentos e noventa e três) para 25.009 (vinte e cinco mil e nove).⁵⁰

Assim, com o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a migração, mesmo que de forma lenta, para os novos paradigmas da saúde mental, em consonância com a Reforma Psiquiátrica, o governo federal vem impulsionando a construção de um modelo humanizado, mudando o foco da hospitalização/segregação como única forma de

⁴⁸ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf>. Acesso em 19.04.2017, p.20.

⁴⁹ BRASIL, **Lei n. 10.216 de 2001**. Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. §1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio. §2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. §3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no §2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

⁵⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Saúde libera mais R\$ 1,8 milhão para programa De Volta pra Casa**. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22864-saude-libera-mais-r-1-8-milhao-para-programa-de-volta-pra-casa>>, acesso em 30.04.17.

tratamento para um modelo de cuidados voltados para a reinserção social, a reabilitação e a promoção de direitos humanos do indivíduo.⁵¹

Dessa forma, com o objetivo de promover a liberdade e os direitos das pessoas com transtornos mentais, houve o surgimento dos serviços substitutivos à lógica manicomial como, por exemplo, os Serviços Territoriais de Atenção Diária em Saúde Mental, de base comunitária (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial-CAPS); as Moradias Terapêuticas e o Programa de Atenção Integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental – PAI-PJ. Estes serviços podem ser considerados, portanto, como a possibilidade de mudar o olhar da sociedade ao lidar com o sofrimento psíquico, com a doença e também com a diferença entre os sujeitos.

2.3.1. Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde municipal, aberto e comunitário realizado em parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que o primeiro a ser inaugurado no Brasil foi o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em 1986, na cidade de São Paulo. Surgiram devido à necessidade de um tratamento mais humanizado e efetivo aos portadores de doenças mentais e para oferecer cuidados intermediários entre o regime de internação e o tratamento ambulatorial.

Também denominados de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), o CAPS é:

(...) dispositivo fundamental do modelo de atenção psicossocial substitutivo ao hospital psiquiátrico, ressaltando sua função estratégica de articulador da rede de serviços, e a necessidade de potencializar parcerias intersetoriais e de intensificar a comunicação entre os CAPS, a rede de saúde mental e a rede geral de saúde, contemplando as dimensões intra e intersetoriais.⁵²

Cumprе ressaltar que os CAPS atendem os portadores de doença mental, podendo também atender os dependentes de drogas, apresentando como finalidade a realização do acompanhamento clínico e a reinserção social, principalmente tentando manter a relação social do paciente com o trabalho e convivência familiar, por isso, eles

⁵¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE, Saúde **libera mais R\$ 1,8 milhão para programa De Volta pra Casa**. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22864-saude-libera-mais-r-1-8-milhao-para-programa-de-volta-pra-casa>>, acesso em 30.04.17.

⁵² BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH -3)**. Brasília: SEDH/PR, 2010, p.69.

atuam de forma ramificada em várias localidades de todo país, valorizando a convivência do paciente com o seu meio social.

Ademais, pode ser considerado como um serviço que visa substituir as internações em Hospitais Psiquiátricos, sendo que o tratamento pode ser realizado através de medicamentos, atendimento em grupo ou familiares, atendimento individualizado, orientações, atendimento psicoterápico e atividades comunitárias.

Ressalta-se também que a escolha entre os tratamentos é feita com alicerce na necessidade de cada paciente, que deverá ser analisada por uma equipe multidisciplinar que atua nessas unidades, contando, por exemplo, com médico psiquiatra, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e pedagogos.

Por fim, de acordo com o Ministério da Saúde, como os hospitais psiquiátricos vêm sendo gradativamente fechados e substituídos pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que prevê a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para essa população, percebe-se que, em março de 2016, existiam 2.328 (dois mil, trezentos e vinte e oito) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), muitos deles com funcionamento vinte e quatro horas por dia, fornecendo atendimento próximo da família, assistência médica e cuidado terapêutico conforme o seu quadro de saúde, com possibilidade de afastamento do seu ambiente familiar quando necessário for.⁵³

2.3.2. Residências Terapêuticas

As residências terapêuticas (RTs) ou os serviços residenciais terapêuticos (SRT) tiveram início no Brasil na década de 90. Os usuários são, principalmente, aqueles submetidos a longos períodos de internação, o que exige, assim, maiores cuidados, já que, muitas vezes, perderam os laços familiares e afetivos.

De acordo com o Ministério da Saúde:

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. Temos hoje, no Brasil, um grande número de potenciais beneficiários destas residências. Pessoas que poderiam

⁵³ MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Saúde libera mais R\$ 1,8 milhão para programa De Volta pra Casa**. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22864-saude-libera-mais-r-1-8-milhao-para-programa-de-volta-para-casa>>, acesso em 30.04.17.

deixar o hospital psiquiátrico com a garantia de seu direito à moradia e ao suporte de reabilitação psicossocial. Existem também usuários sem histórico de internações prolongadas, mas que por razões diversas precisam de dispositivos residenciais que permitam prover adequadamente suas necessidades de moradia.⁵⁴

Apesar do crescimento, a formação de novas vagas é um grande problema para o governo, pois com a demanda criada pelo fechamento dos leitos psiquiátricos, a procura por vagas nestas instituições é cada vez maior. Entretanto, deve-se ressaltar que mesmo com tal dificuldade, conforme o Ministério da Saúde, até março de 2016, no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, já foram implantados no país 620 (seiscentos e vinte) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) para responder à necessidade de moradia de pessoas em situação de vulnerabilidade que ficaram longo período internadas em Hospitais Psiquiátricos ou Hospitais de Custódia.⁵⁵

Cabe ressaltar que existem requisitos a serem adotados antes da escolha pelo município em que ocorrerá a instalação das residências, como a exigência de o local ter um CAPS e um hospital psiquiátrico, sendo que o primeiro se faz necessário para dar assistência ao tratamento realizado nas RTs e o segundo é condição que justifica a implantação das residências, já que a maioria dos atendidos é oriunda destas unidades.

Além disso, importante destacar que o objetivo principal é a diminuição dos leitos psiquiátricos e proporcionar melhor condição de vida aos pacientes que, devido a longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos, se deparam com a realidade de que não há vida fora dali, em sua maioria renegados pelos familiares, se tornando antissociáveis aos olhos destes. Para deixar esta condição, os atendidos necessitam de suporte físico, técnico e afetivo adequado.

Imperioso destacar a visão de Roeder:

Para aquelas pessoas que passaram anos de suas vidas hospitalizadas o significado de habitar uma residência terapêutica não significaria apenas o uso da casa, mas “um processo de (re)apropriação da própria vida”, a passagem do lugar de “pacientes” para o de “residentes” A metáfora “retorno para casa” pode ser considerada “a primeira referência simbólica de um rito de passagem que sinaliza uma nova vida, uma nova identidade, uma nova referência”.⁵⁶

⁵⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: 2004.

⁵⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Saúde libera mais R\$ 1,8 milhão para programa De Volta pra Casa**. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22864-saude-libera-mais-r-1-8-milhao-para-programa-de-volta-pra-casa>>, acesso em 30.04.17.

⁵⁶ ROEDER, M. A. **Serviço Residencial Terapêutico – Morada do Gênero**. In: MALUF, S. e TORNQUIST, C. (Orgs.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis, Letras Contemporâneas, 2010, p.319.

Nestes locais, existe uma qualidade de vida normalmente superior à vivida nos HCTPs, principalmente por não existir a privação da liberdade. Ressalta-se que a falta de vagas em várias cidades ocasiona um problema para os municípios referência em tratamento, que acabam acolhendo pacientes de diversos lugares do país por ter uma boa rede de assistência, causando, assim, a superlotação dos mesmos e a impossibilidade de se realizar um bom trabalho.

2.3.3. Programa de Atenção Integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental – PAI-PJ

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) foi implantado através da Portaria Conjunta nº 25 de dezembro de 2001 do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Ademais, deve-se ressaltar que o programa busca acompanhar todas as fases do processo judicial, com o fim de garantir os direitos constitucionais desses indivíduos, que muitas vezes são esquecidos pelo judiciário.

Assim, com a equipe composta por psicólogos, assistentes sociais e profissionais do direito, há o acompanhamento dos processos criminais, atuando com o objetivo de fornecer subsídios técnicos para a prestação jurisdicional no curso do processo; o uso da legislação vigente para auxiliar o judiciário na individualização das medidas de segurança, se orientando pelos princípios da reforma psiquiátrica visando a desinternação dos pacientes com a promoção de tratamentos substitutivos; a busca da aplicação dos direitos fundamentais e sociais previstos para os loucos infratores, e promover a interação entre o Ministério Público, o Judiciário e o Executivo, na busca por uma assistência mais efetiva aos pacientes judiciários.

Por fim, deve-se destacar que a escolha entre os pacientes atendidos deve ser realizada de forma bastante criteriosa, vez que se torna necessário desinternar os pacientes que estão em condições de fazer tal programa e ainda proporcionar a eles um ambiente adequado para a sua recuperação. Entretanto, esta talvez seja a grande dificuldade encontrada para os profissionais da área, tendo em vista o escasso recurso

financeiro empregado pelo Estado e a dificuldade de ressocialização frente ao preconceito da sociedade.⁵⁷

Assim, o funcionamento dessas modalidades assistenciais em rede – modelos alternativos ao sistema prisional manicomial - mostra a necessidade em se ter, no Brasil, um maior investimento em unidades mais integradas, e não isoladas, buscando garantir aos loucos infratores a atenção para suas necessidades, desde o seu tratamento até a reinserção social.

Além disso, imperioso destacar que a sociedade também tem um papel importante na transformação e superação da cultura manicomial, mediante a erradicação do preconceito. Logo, é preciso enfatizar a pessoa, e não a doença, ou o ilícito perpetrado. Tratar o portador de sofrimento mental como sujeito de direitos, viabilizando a adoção de medidas que propiciem um tratamento humano, digno e efetivo, bem como a reinserção do indivíduo no convívio social.

Nesse sentido, cumpre salientar que a dignidade da pessoa humana é o fundamento do Estado Democrático de Direito, devendo ser o marco político-criminal na aplicação das sanções. Ademais, ela é considerada também como um desdobramento de uma série de outros princípios, representando o núcleo de toda uma ordem jurídica e constitucional ancorada em referido Estado.⁵⁸ Assim preleciona Alexandre de Moraes:

A dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos.⁵⁹

Diante disso, além do papel da sociedade, em observância ao princípio da dignidade da pessoa humana, o Estado deverá ofertar às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei uma atenção integral, através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, bem como um acesso universal e

⁵⁷ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf>. Acesso em 19.04.2017, p.77.

⁵⁸ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

⁵⁹ MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 22. ed. São Paulo: Atlas S.A. 2007, p. 16.

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção, recuperação e ressocialização.⁶⁰

3. A EFETIVIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL

3.1. OS ESTABELECIMENTOS DE CUSTÓDIA E A REALIDADE BRASILEIRA

Sobre a realidade que os loucos infratores enfrentam nos manicômios judiciários brasileiros, imperioso é destacar a opinião de Marcus Vinicius Furtado Coelho, Presidente Nacional da OAB em 2015:

Essas instituições de tratamento, cujo propósito é zelar pela saúde dos doentes mentais que cometeram crimes, acabam se desvirtuando de sua função e submetendo-os a uma espécie de prisão perpétua: após a entrada, poucos conseguem sair, mesmo quando cessa sua periculosidade. Os principais fatores que contribuem para o quadro desolador dos manicômios judiciários são a falta de avaliação psicológica regular, a ausência de política estatal de reinserção dos doentes e a grave omissão do Judiciário em autorizar a saída dessas pessoas. As inspeções, portanto, surgem como ferramenta fundamental para a verificação de irregularidades nos estabelecimentos, a fim de que seja resguardada a dignidade dos seres humanos que sofrem por transtornos mentais e são submetidos a tratamento em razão da prática de infração penal.⁶¹

Em 2015, o Conselho Federal de Psicologia se uniu ao Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e à Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA) para a realização da inspeção nacional aos Manicômios Judiciários, hospitais de custódia, alas psiquiátricas e similares. Assim, ressalta-se que tais inspeções foram realizadas por 18 (dezoito) Conselhos Regionais em 17 (dezessete) estados do país e no Distrito Federal, em instituições onde havia cumprimento/execução de medida de segurança de pacientes judiciários ou portadores de sofrimento mental em conflito com a lei.⁶²

Primeiramente, cumpre dizer que o primeiro problema enfrentado foi a falta de advogados em muitas regiões. Em um local onde há a segregação e,

⁶⁰ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216.** Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temasdeatuacao/saudemental/docspublicacoes/parecer_medidas_seguranc_a_web.pdf>. Acesso em 19.04.2017, p.67.

⁶¹ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios, 1ª edição, Brasília: 2015.**

⁶² Idem.

consequentemente, a estigmatização social, o acesso à justiça se impõe. Entretanto, nos estados da Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul, tem-se somente a presença de um advogado no universo de 18 (dezoito) unidades inspecionadas nos respectivos estados.

Ademais, no que tange aos psicólogos, o resultado foi no importe de 45 (quarenta e cinco) dentro das 18 (dezoito) unidades inspecionadas. Na unidade em que há a menor relação psicólogo/paciente, há apenas um profissional da psicologia para cada 21 (vinte e um) presos/pacientes e, na maior relação, há 104 (cento e quatro) presos/pacientes por profissional.

Outros dois pontos inspecionados foram a permanência dos loucos infratores em presídios e a superlotação. Nessas 18 (dezoito) unidades, encontraram-se 2.864 (dois mil, oitocentos e sessenta e quatro) presos/pacientes, entretanto, percebe-se que 61,1% (sessenta e um inteiros e um centésimo por cento) estão em celas. Ademais, em 07 (sete) manicômios havia superlotação, que variava de 110% (cento e dez por cento) a 410% (quatrocentos e dez por cento).

Além disso, o número total de trabalhadores é igual a 1.131 (mil, centro e trinta e um), além de 611 (seiscentos e onze) agentes de segurança. Assim, há mais da metade de todos os demais trabalhadores como agentes de segurança, apesar de, na lei, não ser um local de contenção prisional.

Em relação à estrutura dos hospitais de custódia, a situação precária é latente:

Quanto à estrutura física podemos fazer um resumo em apenas uma palavra: precariedade. Chuveiros insuficientes e com apenas água fria, os presos/pacientes não têm acesso sequer à válvula de descarga dos banheiros. As celas de isolamento possuem um vaso sanitário, mas sem válvula de descarga. Foi-nos informado que, externamente, um funcionário dava descarga três vezes ao dia (por segurança – sic), regra geral “fossa turca” (buraco no chão, como nas cadeias). Além das péssimas condições de limpeza (mesmo quando “preparados” para a inspeção), o cheiro é repugnante em todas as unidades visitadas, não há equipe específica para limpeza, os banheiros e alojamentos são imundos, os pacientes também sofrem com as vestes muito sujas da instituição, pouco dadas a lavagem periódica. Em 70,59% dos manicômios inspecionados não há espaço para convivência íntima e, em 100% deles, não há visita íntima. O corolário óbvio é a relação homoafetiva muitas vezes não consentida.⁶³

Ainda, constatou-se que os registros em prontuários são quase inexistentes, ou ainda, alguns sequer apresentam os dados completos dos pacientes. Eles são atendidos através de grades, com pouquíssima frequência, sendo que não têm

⁶³ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspecções aos manicômios, 1ª edição, Brasília: 2015, p.17.**

conhecimento acerca de seu plano terapêutico ou previsão de saída do local. Ademais, cerca de 41% (quarenta e um por cento) de pacientes/presos apresentaram laudo positivo para sua cessação. Importante ressaltar também que em apenas 17% (dezessete por cento) dos casos são cumpridos os prazos de periodicidade para os exames de cessação de periculosidade, que é anual.

Por fim, sobre uma das inspeções no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício, localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, sobre a qualidade no atendimento, observou-se que:

As profissionais psicólogas relatam dificuldades quanto à estrutura física, como salas pouco arejadas, insalubres e úmidas. Inclusive relataram que a limpeza do ambiente e as roupas dos pacientes são feitas pelos mesmos. As mesmas trouxeram e nos mostraram, enquanto percorríamos o espaço onde as mesmas executam seu trabalho, salas pouco arejadas e com estrutura visível bastante deteriorada. Acesso nenhum à rede de computadores, tendo que muitas vezes fazer todo o trabalho de pesquisa sobre a rede daqueles usuários de suas casas, bem como realizam contatos com estes fora do ambiente de trabalho, uma vez que além de não possuírem acesso a computadores, também não tem acesso à rede de internet. Para realizarem uma ligação precisam solicitar créditos e o limite destes é muito baixo, sendo totalmente insuficiente para as articulações necessárias, principalmente as extramuros. Quanto ao material psicológico, informam que os testes psicológicos estão em condições precárias e até mesmo deteriorados. Relatam que quanto às condições físicas, objetivando melhor adequação do espaço físico de trabalho, providenciaram por recursos próprios um ar-condicionado e uma cafeteira. Os psicólogos informam que trazem de fora a alimentação, pois a situação da cozinha e da elaboração das refeições no IPF é deficitária. Relatam existir apenas um funcionário na cozinha, auxiliado pelos internos. As condições de higiene e manutenção dos alimentos são preocupantes, sendo que os psicólogos almoçam na própria sala de trabalho.⁶⁴

Diante dessa situação, em que pode ser caracterizada pela ineficácia de um sistema que, teoricamente, prioriza a reinserção do louco infrator ao seio da sociedade, questiona-se onde está a humanização e o mínimo necessário para sobreviver com dignidade, principalmente no que tange ao oferecimento à pessoa de assistência integral, como, por exemplo, serviços médicos, de assistência social e de lazer, conforme a lei preconiza.⁶⁵

⁶⁴ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios, 1ª edição, Brasília: 2015**, p.18 e 19.

⁶⁵ **Lei nº 10.216/2001**: Art. 2º, parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico

3.2. ESTUDO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NA CIDADE DE JUIZ DE FORA/MG

Em Juiz de Fora, Minas Gerais, a assistência, durante um longo tempo, estava pautada exclusivamente nos hospitais para tratamentos dos portadores de transtornos mentais. Dessa forma, contava o município, em 1986, com 07 (sete) hospitais psiquiátricos (Clínica São Domingos, Clínica São Domingos Filial, Casa de Saúde Esperança, Hospital Doutor Aragão Villar, Clínica Serro Azul, Clínica Pinho Masini e Hospital São Marcos), sendo que dois deles atendiam exclusivamente pacientes do sexo feminino. Ademais, ressalta-se também que havia uma ampla rede de hospitais psiquiátricos privados, sendo que estavam, em funcionamento, cerca de 1792 (mil, setecentos e noventa e dois) leitos.⁶⁶

Em 1991, ocorreu a 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental em Juiz de Fora e, a partir daí, iniciou a proposta de descentralização dos serviços e a implantação de uma nova política de Saúde Mental, visando a desospitalização do doente mental juntamente com uma atenção adequada.⁶⁷

Isso, pois, naquelas instituições o tratamento consistia na segregação do doente mental infrator e na medicalização dos sintomas, estando centrado na especialidade médica e no enclausuramento, comportando diversos pacientes com mais de trinta anos de internação. A desumanização que caracterizava a assistência ao portador de transtorno mental nessas instituições hospitalares foi retratada no jornal Tribuna de Minas, de circulação local, sob a manchete “Relatório Oficial denuncia violação dos Direitos Humanos”, no qual foram publicadas irregularidades encontradas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH - Saúde Mental).⁶⁸

Assim, em 2013, foram fechados os últimos hospitais psiquiátricos na cidade de Juiz de Fora, sendo que, por exemplo, sobre a Clínica São Domingos, Daniela Arbex deixa claro que em 2013:

pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de atenção psicossocial.

⁶⁶ MARQUES, A.J.S. Reabilitação Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora. In: PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

⁶⁷ DOS SANTOS, Maria Luiza S. **Implantação das Residências Terapêuticas no município de Juiz de Fora – MG: contribuições da enfermagem**, disponível em <http://objdig.ufrj.br/51/dissert/817751.pdf>; acesso em 06.05.17. Rio de Janeiro, 2013.

⁶⁸ ARBEX, Daniela. **Residência terapêutica recebe pacientes na 2ª TRIBUNA DE MINAS**. Cidade. p. 8 18 e 19 de junho de 2004.

A “derrubada” dos muros do São Domingos revelou a situação desumana em que os pacientes estavam sendo mantidos. Ontem, às 8h, quando o secretário José Laerte iniciou o processo de intervenção, o que se viu foi o funcionamento de um modelo manicomial já condenado pela reforma psiquiátrica brasileira há mais de três décadas. No prédio de quatro andares, o cheiro de urina impregnava o ambiente e já podia ser sentido no primeiro piso, onde funcionava o setor administrativo, o refeitório e a cozinha. Para o café da manhã, o pão puro, servido com uma caneca de leite, seria uma rotina na unidade, conforme asseguraram os funcionários. “Estamos mantendo a rotina”, confirmou uma empregada do hospital que prefere ter o nome resguardado. Na subida para os quartos, a maior dificuldade foi conter a ânsia de vômito. Sujeira, fezes e urina nos cômodos com pouca ventilação indicaram a insalubridade do local, onde homens e mulheres estavam nus. Muitas das atendidas que apareceram sem roupas eram idosas. Nos banheiros, vasos sanitários sem tábuas e apenas um chuveiro com água quente funcionando na ala masculina.⁶⁹

Atualmente, na cidade de Juiz de Fora, há apenas o Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa, que é responsável apenas por fazer o exame de dependência toxicológica e de sanidade mental. A avaliação é realizada pelos psiquiatras, envolvendo o estado mental e a história clínica. Assim, na conclusão, aponta-se se o indivíduo é considerado imputável, semi-imputável ou inimputável, a fim de embasar a decisão judicial.

Dessa forma, percebe-se que não há, em Juiz de Fora, um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Por isso, caso o doente mental infrator seja submetido à medida de segurança consistente em internação nesses hospitais, o correto é ser transferido para alguns dos dois hospitais de custódia existentes em Minas Gerais, quais sejam, o Centro de Apoio Médico e Pericial de Ribeirão das Neves e o Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, localizado em Barbacena.

Entretanto, com o pequeno número de hospitais de custódia existentes no estado, os doentes mentais infratores que foram submetidos à medida de segurança de internação ainda permanecem em sistemas prisionais, como se condenados fossem.

Em entrevista com o Diretor Geral do Ceresp (Centro de Remanejamento do Sistema Prisional de Juiz de Fora), Alexandre Cunha Silva, este revela que, atualmente, tem-se 06 (seis) indivíduos submetidos à medida de segurança e que se encontram aguardando vagas no Ceresp. E, ainda, deixa claro que eles não têm ala diferenciada no Ceresp, ou seja, tais doentes mentais ficam presos em um local que comporta 330 (trezentos e trinta) indivíduos, mas que apresenta uma população três vezes maior, recebendo apenas acompanhamento do Núcleo de Atendimento e Saúde da Unidade.

⁶⁹ ARBEX, Daniela. **Hospitais psiquiátricos sofrem intervenção**. Tribuna de Minas: Juiz de Fora, março de 2013. Disponível em: < <http://www.tribunademinas.com.br/hospitais-psiquiatricos-sofrem-intervencao/>>, acesso em 06.05.17.

Além disso, em entrevista com o Promotor de Justiça Rodrigo Ferreira de Barros – Coordenador Regional das Promotorias Regionais de Saúde da Macrorregião Sudeste, quando questionado acerca da alocação das pessoas portadoras de transtorno mental, ele afirma:

O sistema prisional tem uma característica própria. Ele mantém, no estado de Minas Gerais, 03 (três) unidades prisionais-hospitalares que acabam por receber esses pacientes, ou deveriam receber esses pacientes. O problema é que essas unidades prisionais também incorre nas mesmas questões dos hospitais-psiquiátricos.

Então, por exemplo, citando o caso de Juiz de Fora, coincidentemente, nós tivemos, na última segunda-feira, uma reunião no Hospital de Toxicômanos, que é situado dentro do presídio de Juiz de Fora, para avaliar as condições, uma vez que, recentemente, por conta dessa deficiência estrutural, esse hospital foi interditado. Então, hoje, ele está interditado para receber novos pacientes, parece que ele tem de 20 (vinte) a 30 (trinta) pacientes somente, no total de 98 (noventa e oito) leitos, e que, por conta dessa deficiência estrutural, impede que esses presos que estão na situação de cumprimento de medidas de segurança venham, efetivamente, para essas vagas. O que ocorre a partir daí é que os presos acabam permanecendo num cumprimento de pena como se eles tivessem sido condenados, e não absolvidos impropriamente, através de medida de segurança.

É um trabalho feito junto com a Secretaria de Estado e nós temos que exigir isso, pois não é possível um serviço de saúde funcionar se ele não tiver condições mínimas. Então, se tiver uma intercorrência dentro dessas unidades, deverá ter os equipamentos, o pessoal e a assistência necessária para atender determinada demanda. Você não pode deixar o paciente morrer ali dentro.

E essa é a grande preocupação que nós temos, mas, enquanto isso, há esses desvirtuamentos, sendo que hoje nós temos, segundo a Secretaria de Estado de Saúde, mais de 200 (duzentos) presos nessa situação, cumprindo medidas de segurança dentro dos presídios, e não nas unidades de saúde adequadas para o tratamento adequado.

Insta ressaltar que a possibilidade de se cumprir as medidas de segurança em estabelecimento prisional comum constitui uma total afronta ao estabelecido em Lei. A manutenção do paciente em tais estabelecimentos, inadequados, constitui constrangimento ilegal, logo, tais pessoas devem ser colocadas em liberdade condicionada a tratamento em ambulatório. Assim, o Estado somente poderá exigir o cumprimento da medida de segurança de internação se estiver aparelhado para tanto. A ausência de vagas não justifica o desrespeito ao direito individual nem legitima a finalidade de tal instituto. Sobre tal situação, Marcão discorre:

O que se vê na prática são executados reconhecidos por decisão judicial como inimputáveis, que permanecem indefinidamente no regime fechado, confinados em cadeias públicas e penitenciárias, aguardando vaga para a transferência em hospital. De tal sorte, desvirtua-se por inteiro a finalidade da medida de segurança. Ademais, mesmo nos casos em que se consegue vaga para internação, a finalidade da medida também não é alcançada, já que reconhecidamente tais hospitais não passam de depósitos de vidas humanas

banidas da sanidade e de esperança, porquanto desestruturados para o tratamento determinado pela lei e reclamado pelo paciente, desprovidos que são de recursos pessoais e materiais apropriados à finalidade a que se destinam.⁷⁰

Como uma das soluções aos problemas enfrentados, pode-se citar a inserção da Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Juiz de Fora, conforme será discutido a seguir. A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial(CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Ademais, faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.⁷¹

3.3. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM JUIZ DE FORA/MG

Conforme relatado pelo Promotor de Justiça Rodrigo Ferreira de Barros – Coordenador Regional das Promotorias Regionais de Saúde da Macrorregião Sudeste, o objetivo de toda a Rede de Atenção Psicossocial é agir preventivamente. Entretanto, o grande problema é instituir serviços em números suficientes para que atendam toda a população de Juiz de Fora que necessita de tal demanda. Importante se faz destacar um trecho de sua entrevista sobre a situação:

Então, por exemplo, os CAPS tem que ser adequados, tem que ter estruturas, pois são a porta de urgência da rede de atenção psicossocial, e não o leito. O leito é retaguarda para aquelas situações mais graves, que precisa de uma intervenção mais drástica. Por isso, sobre os pacientes que os CAPS têm condições de atender, vez que os CAPS também têm leitos, deveriam atendê-los. Logo, seria muito mais efetivo se todos esses serviços tivessem efetivamente instituídos e estabelecidos, em funcionamento, evitando essas internações e essa demanda por atendimentos hospitalares, porque, assim, tornaria a rede mais produtiva e efetiva nesse aspecto.

Além disso, ainda conforme o Promotor, a partir de 2012/2013, houve a exigência da constituição desses serviços substitutivos, como as Residências Terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial. Entretanto, ainda não se atingiu o

⁷⁰ MARCÃO, Renato. **Curso de execução penal**. 5 ed., São Paulo: Saraiva, 2010, p. 101.

⁷¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Conheça o RAPS - Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2013. Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>, acesso em 06.05.17.

ponto ideal pelo fato de ter problemas de financiamentos da ordem do governo federal e do Ministério da Saúde.

Assim, na cidade de Juiz de Fora, existem alguns Centros de Atenção Psicossocial: Caps HU; Caps Leste; Caps Infância e Juventude; Caps Álcool e Drogas e Caps Casa Viva. Ademais, alguns outros serviços estão disponíveis que também fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial, como o Centro de Atenção à Saúde – CASM; o Centro de Convivência; o Serviço de Urgência Psiquiátrica, que fica localizado no HPS e tem apenas sete leitos credenciados pelo Ministério da Saúde, porém recebe até vinte e quatro pacientes; o Hospital Ana Nery, que tem vinte e quatro leitos credenciados para o tratamento de álcool, drogas e transtorno mental; e, por fim, o Hospital João Penido, que apresenta nove leitos credenciados.⁷²

No que tange às residências terapêuticas, há 28 (vinte e oito) residências localizadas em diversas regiões da cidade, com um total de 274 (duzentos e setenta e quatro) moradores.⁷³

Dessa forma, percebe-se que há uma Rede de Atenção Psicossocial, em Juiz de Fora, ainda em consolidação, pois apesar de ter um número considerável de Caps e Residências Terapêuticas, a cidade precisa atender as demandas de municípios vizinhos, que não possuem, ainda, tais serviços substitutivos. Além disso, faltam Caps na zona norte, dificultando o acesso para uma grande parte da população e, em relação às Residências, ainda necessita da mudança da cultura da sociedade juizforana, pois alguns moradores de bairros que assistiram o nascimento de tais serviços fizeram, por exemplo, abaixo-assinado para tentar impedir a implantação dessas casas nas suas áreas pelo incômodo causado pela proximidade de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos.⁷⁴

Outro ponto que também deve ser discutido é sobre os profissionais que lidam diariamente com os doentes mentais infratores, tais como nutricionistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, fisioterapeutas ao lado daqueles que tradicionalmente desempenham o cuidado em saúde mental, quais sejam, os médicos, os psicólogos e a equipe de enfermagem, além dos profissionais da área social e os assistentes sociais.

Destarte, ao se exigir uma atenção integral à saúde da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, conforme a Constituição Federal de 1988 e a Lei n.

⁷² ARBEX, Daniela. **Desafio no atendimento aos pacientes mentais**. Tribuna de Minas, maio de 2016. Disponível em: < <http://www.tribunademinas.com.br/desafio-no-atendimento-aos-pacientes-mentais/>>, acesso em 07.05.17.

⁷³ Idem.

⁷⁴ Idem.

10.216/2001 defende-se que o Estado deve lhes proporcionar atendimento e acompanhamento físico e psicossocial, em dispositivos extra-hospitalares.⁷⁵ Importante destacar a posição do Ministério Público Federal e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão sobre o tema:

É da conjugação do trabalho desses diferentes atores da atenção integral à saúde da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei que se poderá propor e implementar um projeto terapêutico individualizado a fim de que essa pessoa possa ter maior probabilidade, no menor tempo, de ser reintegrada socialmente. Contudo, a formação tradicional desses diversos profissionais, quer sejam da área da saúde, quer da social ou da jurídica não contempla conteúdos, competências e habilidades voltados para a atenção em saúde mental, menos ainda para lidar com o binômio “transtorno mental/crime”, o que dificulta a efetividade dos seus direitos fundamentais, notadamente, o direito à saúde.⁷⁶

Diante disso, torna-se imperioso o investimento em cursos, oficinas, debates e capacitações voltadas para a compreensão e eficiência na atuação em campo dessas pessoas. Para isso, o Promotor de Justiça Rodrigo Ferreira de Barros – Coordenador Regional das Promotorias Regionais de Saúde da Macrorregião Sudeste, em entrevista, disse que, em Juiz de Fora, conforme a Coordenadoria do Departamento de Saúde Mental, há, em andamento, a criação de um Núcleo de Educação Permanente na atenção psicossocial (NEP), ou seja, um núcleo que vai atender não somente Juiz de Fora, mas também os outros municípios da região, visando capacitar os profissionais para tais atendimentos psiquiátricos.

Além disso, o Promotor também aponta os problemas enfrentados pela cidade com o SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência:

O SAMU tem certa resistência em realizar os atendimentos psiquiátricos, pois há o entendimento de que existe risco para a sua equipe. Porém, se há uma estratégia de abordagem e a possibilidade de se ter um contato rápido com os CAPS de referência desse paciente e que possa ir um técnico do CAPS para auxiliar nesse atendimento, há, assim, uma qualidade de atendimento muito maior e também mais efetividade no resultado final, que vai ser a condução para um CAPS ou então para um leito de saúde mental.

⁷⁵MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216.** Disponível em:<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temasdeatuacao/saudemental/docspublicacoes/parecer_medidas_seguranc_a_web.pdf>. Acesso em 07.05.2017, p.86.

⁷⁶MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216.** Disponível em:<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temasdeatuacao/saudemental/docspublicacoes/parecer_medidas_seguranc_a_web.pdf>. Acesso em 07.05.2017, p.87.

Assim, o importante é não uma capacitação provisória, mas sim permanente, possibilitando um atendimento de qualidade para Juiz de Fora e os municípios que demandam os serviços da cidade.

CONCLUSÃO

O presente trabalho procurou apresentar um estudo aprofundado sobre o instituto das medidas de segurança e sua real efetividade, bem como a situação da cidade de Juiz de Fora/MG, mostrando que o delinquente portador de transtorno mental é a maior vítima da transgressão do poder, seja pela ignorância, exclusão ou abandono, o que torna a sua reinserção ao seio social bastante complexa, para não dizer impossível.

Através de uma análise histórica, observa-se que apesar de ter ocorrido uma evolução no estudo da psiquiatria, ainda se verifica características do tradicionalismo psiquiátrico na realidade brasileira, principalmente no tocante ao hospital de custódia como instituição com função mais custodial do que terapêutica. Ademais, deve-se ressaltar que alicerçar, nos dias de hoje, a capacidade do doente mental delinquente retornar ao convívio social na cessação de sua periculosidade é condenar uma pessoa a viver para sempre nos limites de um hospital de custódia, vez que não há nenhum conhecimento científico que saiba precisar, com a máxima segurança, quando se é perigoso e quando se deixa de sê-lo.

No que tange aos hospitais de custódia e tratamento, imperioso é destacar que muitos loucos infratores ainda permanecem em tais locais, apesar da cessação da periculosidade; a estrutura física se mostra deficiente; os trabalhadores não são bem remunerados e há falta de capacitação; além da realidade degradante que a pessoa é inserida, havendo locais sujos e que não oferecem o mínimo de dignidade. Sem contar quando há o cumprimento da medida de segurança em estabelecimento prisional comum devido à inexistência de vagas, o que constitui total constrangimento ilegal.

Com isso, além dos problemas enfrentados durante o tratamento, a saída parece ser uma realidade tão ou mais devastadora para esses loucos infratores. Se avaliado como capaz de retornar ao convívio social, o deficiente mental precisa chocar-se com um complexo mundo externo que lhe era quase que completamente alheio do lado “de dentro”, que poderá inclusive lhe impor uma etiqueta social estigmatizante. Dessa forma, a sociedade se coloca como uma verdadeira vilã no processo de ressocialização.

Como meio para colocar um fim na cultura prisional manicomial, há uma rede de serviços diversificados e regionalizados que é orientada para a efetiva reabilitação psicossocial do louco infrator, como, por exemplo, os Serviços Territoriais de Atenção Diária em Saúde Mental, de base comunitária (Centros e Núcleos de

Atenção Psicossocial-CAPS); as Moradias Terapêuticas e o Programa de Atenção Integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental – PAI-PJ. Dessa forma, não se deve erradicar os hospitais de custódia, porém, tal isolamento, através da internação, deverá ser colocado em segundo plano, sendo determinado tão somente nos casos de crise, momento em que, deve ser possibilitado um tratamento eficaz, com trabalhadores bem qualificados e que respeite o princípio da dignidade da pessoa humana.

Assim, a criação dos CAPS foi importante tanto para tratar, quanto para prevenir, pois quando devidamente acompanhados e tratados, os atendidos dificilmente irão reincidir na prática de ilícitos. As Residências Terapêuticas tem papel fundamental para acolhida e cuidado, dispensados principalmente àqueles que não possuem vínculos familiares. É a oportunidade que os atendidos têm de ter uma vida “normal”, de realizar atividades comuns a todos e com isso elevar a qualidade de vida dos mesmos. Também importante é a função do PAI-PJ, que funciona como um intermediário para auxiliar nas soluções dos problemas, visando o melhor tratamento possível e humanizado. O auxílio do PAI-PJ se mostra eficiente tanto na recuperação dos doentes, quanto na busca de ajudar o judiciário a tomar as melhores decisões, minimizando a morosidade e maximizando o suporte intensivo aos atendidos.

Apesar de existir tal Rede de Atenção Psicossocial, os delinquentes portadores de transtorno mental ainda se deparam com alguns grandes problemas, como a falta de políticas públicas para apoiar tais projetos; ausência de apoio familiar no processo de ressocialização; morosidade do judiciário em apreciar e julgar causas referentes aos loucos infratores e, principalmente, ausência de investimentos e vontade política para desenvolver mais programas voltados para a reinserção social.

Vale ressaltar que a responsabilidade pela melhora da estrutura e condições de recuperação cabe também aos gestores, tanto dos municípios quanto do estado e da nação. Assim, muitas vezes a falta de recursos para o tratamento é responsabilidade do esquecimento do poder público na atenção aos doentes mentais infratores, cabendo aos governantes assumirem a responsabilidade de oferecer tratamento digno aos seus cidadãos. A falta de CAPS ou a má qualidade dos serviços prestados por estes, a falta de residências terapêuticas em demais municípios, enfim, a falta de estrutura, medicação e profissionais capacitados são os principais entraves para o funcionamento da rede extra-hospitalar de atenção aos portadores de doenças mentais.

Sobre a cidade de Juiz de Fora/MG, não se pode negar que houve um grande avanço com o fechamento dos hospitais psiquiátricos que não ofereciam nenhuma estrutura para o tratamento dos doentes mentais infratores. Assim, a inserção da Rede de Atenção Psicossocial no município foi um ponto crucial e necessário para o progresso no tratamento, porém ainda carece de muitos investimentos públicos para que consiga atender à demanda da cidade. Ademais, há algumas irregularidades que precisam ser sanadas, como a permanência das pessoas submetidas à medida de segurança nos estabelecimentos prisionais, como se condenadas fossem.

Dessa maneira, o que se propõe é uma abordagem diferente sobre o problema da loucura, enfatizando a pessoa, e não a doença, ou o ilícito perpetrado. Tratar o portador de sofrimento mental como sujeito de direitos, viabilizando a adoção de medidas que propiciem um tratamento humano, digno e efetivo, bem como a reinserção do indivíduo no convívio social. Ademais, cabe a todos os cidadãos fiscalizar o exercício do Estado, principalmente em relação ao cumprimento das sanções impostas aos inimputáveis, rompendo com a cultura de violação dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **A ilusão de Segurança Jurídica: do controle da violência à violência do controle penal**. 1. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 1997.

ARBEX, Daniela. **Desafio no atendimento aos pacientes mentais**. Tribuna de Minas: Juiz de Fora, maio de 2016. Disponível em: <<http://www.tribunademinas.com.br/desafio-no-atendimento-aos-pacientes-mentais/>>, acesso em 07.05.17.

_____. **Hospitais psiquiátricos sofrem intervenção**. Tribuna de Minas: Juiz de Fora, março de 2013. Disponível em: <<http://www.tribunademinas.com.br/hospitais-psiquiatricos-sofrem-intervencao/>>, acesso em 06.05.17.

_____. **Residência terapêutica recebe pacientes na 2ª TRIBUNA DE MINAS**. Cidade. p. 8 18 e 19 de junho de 2004.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal, parte geral 1**. São Paulo: Saraiva, 2014.

BRASIL, Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH -3)**. Brasília: SEDH/PR, 2010.

BRASIL, **Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001**.

BRASIL, **Lei de 16 de dezembro de 1830**.

BRASIL, **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890**.

BRASIL, **Decreto nº 22.213 de 14 de dezembro de 1932**.

BRASIL, **Lei de Execução Penal**.

BRASIL, **Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940**.

CAPEZ, Fernando; PRADO, Stela. **Código Penal Comentado**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2007.

CARDOSO, André Raymundo de Souza; BARCELOS, Denise Soares. **Os (des)caminhos da locura judicializada**. In: CARDOSO, André Raimundo de Souza (Org.). **Medida de Segurança: os (des)caminhos da razão**. Niterói: Tem bambu Tem flecha, 2010.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios, 1ª edição, Brasília: 2015**.

COPETTI, A. **Direito penal e estado democrático de direito**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

DIMARE, Roséli. **Transtorno Mental e Medidas de Segurança: Uma Análise Médico-Jurídica**. 2010. Trabalho de conclusão do curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Penais da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação do Prof. Marcus Vinícius Macedo.

DOS SANTOS, Maria Luiza S. **Implantação das Residências Terapêuticas no município de Juiz de Fora – MG: contribuições da enfermagem**, disponível em <http://objdig.ufrj.br/51/dissert/817751.pdf>; acesso em 06.05.17. Rio de Janeiro, 2013.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 36. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de Direito Penal**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1969.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**. 11^a ed. Rio de Janeiro, 2010.

Hospital psiquiátrico de Juiz de Fora é interditado por órgãos sanitários, disponível em http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/06/21/interna_gerais,410255/hospital-psiquiatrico-de-juiz-de-fora-e-interditado-por-orgaos-sanitarios.shtml, acesso em 06.05.17.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

JESUS NETA A. S. de; ALMEIDA, D.; GALVÃO, M. (2011). **Medida de segurança: uma abordagem sobre a aplicação das medidas de segurança**. Disponível em: <http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=3588>. Acesso em: 09/04/2017.

LEVORIN, Marco Polo. **Princípio da Legalidade na Medida de Segurança**. 1^a Ed. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2003.

LIMA, Cynara. DUARTE, Thais. **Medidas de segurança: eficácia e ressocialização diante das condições precárias dos centros psiquiátricos judiciais**: 2016. Disponível em: <http://enpejud.tjal.jus.br/index.php/exmpteste01/article/view/60>. Acesso em 04.04.17.

MAMEDE, Margarida C. **Cartas e retratos: uma clínica em direção à ética**. São Paulo: Altamira, 2006.

MARCÃO, Renato. **Curso de execução penal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

MARQUES, A.J.S. Reabilitação Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora. In: PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Conheça o RAPS - Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>, acesso em 06.05.17.

_____. **Saúde libera mais R\$ 1,8 milhão para programa De Volta pra Casa**. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22864-saude-libera-mais-r-1-8-milhao-para-programa-de-volta-para-casa>>, acesso em 30.04.17.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: 2004.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temasdeatuacao/saudemental/docspublicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf>. Acesso em 19.04.2017.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. 26a ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MIRABETE, Júlio Fabbrini e FABBRINI, Renato N. **Código Penal Interpretado**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 22. ed. São Paulo: Atlas S.A. 2007.

MORETZSOHN, Sylvia. **Imprensa e criminologia – o papel do jornalismo nas políticas de exclusão social**. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/moretzsohn-sylvia-imprensa-criminologia.pdf>>. Acesso em 28.04.17.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal: parte geral; parte especial**. 7a ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: OMS, 2001.

PRADO, L. R.. **Curso de direito penal brasileiro. Parte geral**. v.1. 5. e. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

QUEIROZ, Paulo. **Direito Penal: parte geral**. 6. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

REALE JÚNIOR, Miguel. **Instituições de direito penal**. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

ROEDER, M. A. **Serviço Residencial Terapêutico – Morada do Gênero**. In: MALUF, S. e TORNQUIST, C. (Orgs.). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis, Letras Contemporâneas, 2010.

SANTOS, Juarez Cirino. **Direito Penal: parte geral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007

ZAFFARONI, E. R.; PIERANGELI, J. H.. **Manual de Direito Penal Brasileiro: parte geral**. 5. e. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

ANEXOS

ANEXO 01 - Entrevista realizada com o Diretor Geral do Ceresp (Centro de Remanejamento do Sistema Prisional de Juiz de Fora), Alexandre Cunha Silva. Data: 26 de abril de 2017.

→ Qual a realidade da população carcerária de Juiz de Fora submetida às medidas de segurança?

No âmbito do CERESP, todos recebem acompanhamento ambulatorial realizado pelo Clínico Geral da Unidade. Casos pontuais são encaminhados ao Serviço de Saúde mental do município de Juiz de Fora.

→ Qual o maior problema enfrentado para alocação dessas pessoas?

O maior problema enfrentado, atualmente, é a falta de vagas. Um local destinado a 330 (trezentos e trinta) indivíduos em privação de liberdade custodia uma população três vezes maior.

→ Em números, quantos são os detentos submetidos à medida de segurança? Eles cumprem a medida aonde? Quantificar quantos cumprem em cada lugar.

Atualmente, há 06 (seis) indivíduos submetidos à medida de segurança, cumprindo tal medida no Ceresp.

→ A saúde mental tem passado por uma transformação de conceito. Na opinião do Senhor, a população tem recebido essa nova abordagem de forma positiva?

Sim. Percebemos uma ponderação nos casos que exigem maior acompanhamento psiquiátrico. Mas ao mesmo tempo, nos deparamos com a interdição do Hospital de Toxicômanos, que era o local com a melhor estrutura para atendimento dos indivíduos com distúrbios psiquiátricos.

→ Os presos que estão cumprindo a medida no próprio presídio têm ala diferenciada? Tem algum benefício ou comodidade?

Não, eles não têm ala diferenciada no Ceresp. No entanto, sobre os benefícios, recebem acompanhamento constante do Núcleo de Atendimento e Saúde da Unidade.

ANEXO 02 - Entrevista realizada com o Promotor de Justiça Rodrigo Ferreira de Barros – Coordenador Regional das Promotorias Regionais de Saúde da Macrorregião Sudeste. Data: 06 de abril de 2017.

→ A cidade de Juiz de Fora enfrenta hoje um grande problema com a alocação das pessoas portadoras de doença mental. Como o senhor tem visto melhoras no Município para garantir a dignidade dessas pessoas?

Na verdade, o problema de atendimento aos portadores de transtorno mental era muito mais grave há pouco tempo. Essas pessoas eram colocadas em hospitais psiquiátricos, eram esquecidas pela família e pela sociedade nesses hospitais. Nós tínhamos, em Juiz de Fora, até 2013, 600 (seiscentas) vagas (leitos psiquiátricos) e, quando o Ministério Público tomou conhecimento da situação desses hospitais, nós tivemos a oportunidade de realmente ver a gravidade do problema, eram serviços completamente deficientes, sem assistência e estrutura adequadas. Foi quando nós iniciamos, juntamente aos poderes executivos municipal, estadual e federal, um trabalho muito forte no sentido de se constituir serviços substitutivos.

A Lei 10.216/2001 preconiza que a regra do tratamento é o tratamento ambulatorial, extra-hospitalar, e nós tínhamos essa inversão do modelo. E a partir desse trabalho que foi iniciado em 2012/2013, nós começamos a exigir dos Municípios a constituição desses serviços substitutivos para que os hospitais pudessem ter, paulatinamente, os serviços encerrados. E isso foi acontecendo, Juiz de Fora criou novos serviços, os Municípios da região criaram novos serviços. Ainda não se atingiu o ponto ideal, pois tem problemas de financiamento da ordem do governo federal e do Ministério da Saúde que não está credenciando novos serviços nesse momento, mas houve uma evolução com o fechamento dos hospitais e com a nova instituição de Residências Terapêuticas e CAPS, dentre outros instrumentos que dão esse retorno aos pacientes.

→ Sabemos que a doença mental tem sido enfrentada de outra maneira hodiernamente. Como a assistência tem sido feita aos presos submetidos à medida de segurança, tendo em vista o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos?

O sistema prisional tem uma característica própria. Ele mantém, no estado de Minas Gerais, 03 (três) unidades prisionais-hospitalares que acabam por receber esses pacientes, ou deveriam receber esses pacientes. O problema é que essas unidades prisionais também incorre nas mesmas questões dos hospitais-psiquiátricos.

Então, por exemplo, citando o caso de Juiz de Fora, coincidentemente, nós tivemos, na última segunda-feira, uma reunião no Hospital de Toxicômanos, que é situado dentro do presídio de Juiz de Fora, para avaliar as condições, uma vez que, recentemente, por conta dessa deficiência estrutural, esse hospital foi interditado. Então, hoje, ele está interditado para receber novos pacientes, parece que ele tem de 20 (vinte) a 30 (trinta) pacientes somente, no total de 98 (noventa e oito) leitos, e que, por conta dessa deficiência estrutural, impede que esses presos que estão na situação de cumprimento de medidas de segurança venham, efetivamente, para essas vagas. O que ocorre a partir daí é que os presos acabam permanecendo num cumprimento de pena como se eles tivessem sido condenados, e não absolvidos impropriamente, através de medida de segurança.

É um trabalho feito junto com a Secretaria de Estado e nós temos que exigir isso, pois não é possível um serviço de saúde funcionar se ele não tiver condições mínimas. Então, se tiver uma intercorrência dentro dessas unidades, deverá ter os equipamentos, o pessoal e a assistência necessária para atender determinada demanda. Você não pode deixar o paciente morrer ali dentro.

E essa é a grande preocupação que nós temos, mas, enquanto isso, há esses desvirtuamentos, sendo que hoje nós temos, segundo a Secretaria de Estado de Saúde, mais de 200 (duzentos) presos nessa situação, cumprindo medidas de segurança dentro dos presídios, e não nas unidades de saúde adequadas para o tratamento adequado.

→ A falta de leitos para internação é um entrave ao tratamento de alguns pacientes. Como o Município tem resolvido essa questão?

O objetivo de toda rede de atenção psicossocial é agir preventivamente. O paciente em crise, que demanda um atendimento psiquiátrico, é aquele paciente que deixa de tomar o medicamento, que não tem um acompanhamento próximo da família e dos serviços que são estabelecidos e, por conta dessas situações, ele acaba entrando em crise. Ele deixa de se medicar, então tem aquela crise psiquiátrica, com todos os desdobramentos que conhecemos.

O grande problema, a nosso ver, é instituir serviços em número suficientes, de acordo com as necessidades de cada Município. Então, por exemplo, os CAPS tem que ser adequados, tem que ter estruturas, pois são a porta de urgência da rede de atenção psicossocial, e não o leito. O leito é retaguarda para aquelas situações mais graves, que

precisa de uma intervenção mais drástica. Por isso, sobre os pacientes que os CAPS têm condições de atender, vez que os CAPS também têm leitos, deveriam atendê-los.

Logo, seria muito mais efetivo se todos esses serviços tivessem efetivamente instituídos e estabelecidos, em funcionamento, evitando essas internações e essa demanda por atendimentos hospitalares, porque, assim, tornaria a rede mais produtiva e efetiva nesse aspecto.

→ A falta de capacitação ou cursos profissionalizantes para aqueles que lidam diariamente com esses doentes é apontada como uma das causas da má prestação de serviço. Há, na cidade, algum projeto para tal capacitação?

A capacitação é realmente um problema grande. Institui-se um serviço e, às vezes, as pessoas não estão preparadas, não tem um conhecimento adequado. Precisa-se, realmente, ter capacitações nesse sentido. Em Juiz de Fora, especificadamente, conforme a Coordenadora do Departamento de Saúde Mental, há, em andamento, a criação de um Núcleo de Educação Permanente na atenção psicossocial (NEP), ou seja, está se criando um núcleo que vai atender não somente Juiz de Fora, mas também os Municípios da região, visando capacitar os profissionais para esses atendimentos psiquiátricos. É um atendimento específico como, por exemplo, discutimos sobre isso com o SAMU - como que o SAMU aborda e deveria abordar esse paciente.

O SAMU tem certa resistência em realizar os atendimentos psiquiátricos, pois há o entendimento de que existe risco para a sua equipe. Porém, se há uma estratégia de abordagem e a possibilidade de se ter um contato rápido com os CAPS de referência desse paciente e que possa ir um técnico do CAPS para auxiliar nesse atendimento, há, assim, uma qualidade de atendimento muito maior e também mais efetividade no resultado final, que vai ser a condução para um CAPS ou então para um leito de saúde mental.

Assim, a importância é de se ter uma capacitação permanente, e possibilitar que não somente o Município de Juiz de Fora, mas também todo o entorno que demanda os serviços da cidade, estejam capacitados.

→ Em termos quantitativos, aqueles submetidos à medida de segurança e que estão nos hospitais da cidade ainda permanecem internados ou já retornaram ao seio social?

Nos hospitais psiquiátricos fora do sistema prisional, não há mais nenhuma pessoa, pois os hospitais fecharam. Então, pacientes que estavam internados, inclusive aqueles cumprindo medidas de segurança, não estão mais nesses locais. Assim, essa situação está afastada pela falta de hospitais, sendo que havia 03 (três) hospitais em Juiz de Fora a partir de 2010. Ademais, antes de 2010, havia quase mil leitos em Juiz de Fora, mas que, por deficiência, vieram a fechar, mais ou menos em 2006/2007.

Atualmente, os pacientes que foram absolvidos impropriamente e submetidos a internação em hospital de custódia não têm para onde ir. Ou eles vão para as outras 03 (três) unidades do Estado de Minas Gerais, para internação, ou então o paciente vai permanecer nas próprias unidades prisionais.

Havia, em Juiz de Fora, talvez uns 10 (dez) pacientes que estavam em hospitais-gerais, assim, por exemplo, tinha pacientes no HPS e no Hospital João Penido, e, com a vinda de um novo Juiz da Execução Penal, Dr. Evaldo, houve a determinação de que todos esses indivíduos fossem transferidos para as unidades de toxicômanos. Assim, os pacientes ou ficam nos estabelecimentos prisionais, ou então em unidades, como o toxicômanos em Juiz de Fora, ou o manicômio judiciário em Barbacena, ou no hospital de custódia de Ribeirão das Neves.