



Fernanda Arruda Léda Leite Zenkner

A Condenação da Loucura

Um estudo sobre a medida de segurança e o
paciente com transtorno mental em conflito com a lei



O Sistema Penal Brasileiro, conquanto não declare, tem como função precípua a seleção e exclusão de determinados entes da sociedade, os quais caracterizariam risco abstrato à estrutura social defendida pelo Estado. A ilusão de segurança pública conferida pelo Estado à sociedade é utilizada como justificativa para segregar os indivíduos que este considera como perigosos, no caso do paciente em sofrimento mental esse sofrimento é alargado por suas condições de saúde. Nesse contexto, a presente obra tem por desiderato realizar um estudo de caso sobre as medidas de segurança impostas pelo Poder Judiciário na Comarca de Imperatriz/MA, avaliando ainda de que forma o Poder Executivo propicia a execução de tais medidas.



A Condenação da Loucura

Direção Editorial

Lucas Fontella Margoni

Comitê Científico

Prof. Dr. Roberto Carvalho Veloso

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof. Dr. Delmo Mattos da Silva

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof. Dr. Thiago Allisson Cardoso de Jesus

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof.^a Dr.^a Mônica Teresa Costa Sousa

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

A Condenação da Loucura

**Um estudo sobre a medida de segurança e o paciente
com transtorno mental em conflito com a lei**

Fernanda Arruda Léda Leite Zenkner



Diagramação: Marcelo A. S. Alves

Capa: Carole Kümmecke - <https://www.behance.net/CaroleKummecke>

O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.



Todos os livros publicados pela Editora Fi estão sob os direitos da [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR) https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR



Associação Brasileira de Editores Científicos

<http://www.abecbrasil.org.br>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

ZENKNER, Fernanda Arruda Léda Leite

A Condenação da Loucura: um estudo sobre a medida de segurança e o paciente com transtorno mental em conflito com a lei [recurso eletrônico] / Fernanda Arruda Léda Leite Zenkner -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2019.

154 p.

ISBN - 978-85-5696-588-2

Disponível em: <http://www.editorafi.org>

1. Medida de Segurança; 2. Periculosidade; 3. Controle Social; 4. Direito; 5. Justiça; I. Título.

CDD: 340

Índices para catálogo sistemático:

1. Direito 340

Agradecimentos

Agradeço, sobretudo, Deus, pela fidelidade, amor e misericórdia não merecidos. Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas (Romanos 11:36).

Aos corações mais bondosos e generosos que já conheci, meus pais, Maria de Fátima Arruda Leite e Gabriel Araújo Leite, sinônimos de abnegação e amor ao próximo, pela abdicação e dedicação de uma vida inteira, minha eterna gratidão por nunca medirem esforços para me fazer feliz. O exemplo de suas atitudes são os melhores ensinamentos que poderia ter e também a quem devo a incontestável benção de ter uma irmã, Ana Clésia, e também uma sobrinha, Catarina.

Ao Felipe, meu companheiro, por seu amor e disposição inabalável em suportar as agruras e por seu incentivo incondicional, por aceitar com paciência cada desespero inerente à caminhada e ter tornado o meu sonho, seu também.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Direto e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão, exemplos de dedicação e amor à docência, em especial, ao meu orientador Dr. Roberto Carvalho Veloso, pela confiança e credibilidade em mim depositados, e pela contribuição intelectual. Ao prof. Dr. Cassius Guimarães Chai, pelo brilhantismo dos ensinamentos desde à graduação, mas sobretudo pela amizade compartilhada. Meus sinceros agradecimentos. Aos professores Mônica Teresa Costa e Delmo Mattos da Silva, pelos ensinamentos, sabedoria e exemplos que levo para a vida.

Toda trajetória tem um início e, seja qual for o final da minha vida acadêmica e profissional, devo agradecer ao professor Antônio Coêlho Soares Junior por me oportunizar iniciar na pesquisa

científica e apresentar uma visão incansavelmente preocupada em melhorar a vida do próximo.

Aos amigos de caminhada nesse curso, sobretudo, a Maiane Serra, pelos momentos juntas, pelo companheirismo, pela amizade e por todos os choros e sorrisos compartilhados. Obrigada por ter tornado a caminhada mais prazerosa.

À Teofila Margarida e minha afilhada Maria Amélia, também família, pelo abrigo e pelo afago.

Aos amigos Denisson Gonçalves, Tâmara Matias, Karoline Costa e Felipe Fontes, pela amizade e apoio emocional.

Aos funcionários do PPGDir pelo suporte e disposição em ajudar.

Aos entrevistados pela disponibilidade em contribuir com a pesquisa e pela sensibilidade ao lidar com o sofrimento humano.

As pulgas sonham em comprar um cachorro, e os ninguéns com deixar a pobreza, que em algum dia mágico de sorte chova a boa sorte a cântaros; mas a boa sorte não chove ontem, nem hoje, nem amanhã, nem nunca, nem uma garoa cai do céu da boa sorte, por mais que os ninguéns a chamem e mesmo que a mão esquerda coce, ou se levantem com o pé direito, ou comecem o ano mudando de vassoura.

Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada.

Os ninguéns: os nenhuns, os negados de tudo, correndo soltos, morrendo a vida, malditos e mal pagos:

Que não são embora sejam.

Que não falam idiomas, falam dialetos.

Que não praticam religiões, praticam superstições.

Que não fazem arte, fazem artesanato.

Que não são seres humanos, são recursos humanos.

Que não tem cultura, têm folclore.

Que não têm rosto, têm braços.

Que não têm nome, têm número.

Que não aparecem na História Universal, aparecem nas páginas policiais da imprensa local.

Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata.

(Os ninguéns Eduardo Galeano)

Lista de abreviaturas e siglas

ART	Artigo
CNACL	Cadastro Nacional de Adolescente em Conflito com a Lei
CNIUIS	Cadastro Nacional de Inspeções em Unidades de Internação e Semiliberdade
CNIEP	Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Código Penal
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPP	Código de Processo Penal
EAP	Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei
LEP	Lei de Execuções Penais
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
PJE	Peticionamento Judicial Eletrônico
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Prisão
PTM	Pessoa com Transtorno Mental
RASM	Rede de Atenção à Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REGESTA	Registro Eletrônico do Tribunal de Justiça do Maranhão
SCN	Sistema Começar de Novo
SISUMF	Sistema Unidade de Monitoramento Carcerário
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TJ/MA	Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão
UMF	Unidade de Monitoramento, Acompanhamento, Aperfeiçoamento e Fiscalização Carcerária
UPRI	Unidade Prisional de Ressocialização de Imperatriz/MA
VEP	Vara de Execuções Penais

Sumário

Prefácio	19
Roberto Carvalho Veloso	
1	19
Introdução	
2	25
Uma outra faceta do controle social: histórico e progressão da medida de segurança	
2.1 Aspectos conceituais da medida de segurança e sua localização sociológica e legal.....	30
2.2 A controversa questão do prazo máximo para cumprimento de medida de segurança no Brasil e a possibilidade de punição perpétua	34
2.3 O movimento antimanicomial e os paradoxos dos avanços obtidos no Sistema de saúde em face do Sistema de Justiça.....	38
2.3.1 A Lei Antimanicomial (Lei nº 10.216/2001).....	42
2.3.2 Instrumentos normativos de assistência à saúde no Sistema Penal.....	45
2.4 Unidade de monitoramento, acompanhamento, aperfeiçoamento e fiscalização carcerária.....	47
3	55
A visão criminológica da loucura	
3.1 Medida de Segurança no Ordenamento Jurídico Brasileiro.....	59
3.2 A periculosidade como subterfúgio para segregar	62
3.2.1 O caso Ximenes Lopes x Brasil.....	64
4	69
Considerações metodológicas	
4.1 Abordagem	70
4.2 Procedimentos metodológicos.....	71
4.2.1 Estudo de Caso.....	71
4.2.2 Campo de Estudo	72
4.2.3 Análise documental.....	73
4.2.4 Observação sistemática	74
4.2.5 Entrevistas semiestruturadas	75
4.2.6 Sujeitos envolvidos e delimitação temporal da pesquisa	75
4.2.7 Análise dos dados	76

5	79
Apresentação e discussão dos dados colhidos	
5.1 Problematização dos processos.....	80
5.1.1 Processo paciente ‘A’	82
5.1.2 Processo paciente “B”	85
5.1.3 Processo paciente “C”	90
5.1.4 Processo paciente “D”	91
5.1.5 Processo paciente “E”	92
5.1.6 Processo paciente “F”	93
5.1.7 Processo paciente “G”	97
5.1.8 Processo paciente “H”	99
5.1.9 Processo paciente “I”	102
5.1.10 Processo paciente “J”	106
5.1.11 Processo paciente “L”	108
5.1.12 Processo paciente “M”	109
5.1.13 Processo paciente “N”	110
5.1.14 Processo paciente “O”	111
5.2 Delineamento quantitativo do perfil da pessoa em sofrimento mental em conflito com a lei na comarca de Imperatriz/MA.....	112
5.3 Apresentação e análise dos resultados das entrevistas semiestruturadas	116
5.4 Observação sistemática com registro no diário de bordo.....	126
6	129
Considerações finais	
Referências	135

Apêndices

Apêndice 01	145
Roteiro de entrevista semiestruturada no CAPS	
Apêndice 02	147
Roteiro de entrevista semiestruturada na UPRI	
Apêndice 03	149
Roteiro de entrevista semiestruturada na EAP	
Apêndice 04	151
Roteiro de entrevista semiestruturada com magistrado titular da VEP	
Apêndice 05	153
Termo de consentimento livre e esclarecido	

Prefácio

*Roberto Carvalho Veloso*¹

Porque tive fome, e me destes de comer; tive sede, e me destes de beber; era forasteiro, e me hospedastes; estava nu, e me vestistes; enfermo, e me visitastes; preso, e fostes ver-me.

Jesus Cristo

Sinto-me duplamente honrado com a tarefa de prefaciar o livro de Fernanda Arruda sob o título “A aplicação e fiscalização das medidas de segurança impostas pelo Poder Judiciário”, fruto de suas pesquisas da dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do grau de mestre.

Primeiro, a dupla honra se dá porque fui o seu orientador no mestrado, no qual a autora se notabilizou com uma de minhas melhores alunas, sempre presente, dedicada e estudiosa. Segundo, pela excelência do trabalho desenvolvido e agora transformado em livro, um autêntico manual de orientação aos pesquisadores do Direito e de seus fenômenos.

Fernanda veio de Imperatriz movida pelo interesse em se aprofundar nos estudos do Direito, preocupada em contribuir com o sistema judiciário. Ao iniciar a pesquisa da aplicação das medidas de segurança descobriu que ainda há muito o que se fazer para dar dignidade às pessoas obrigadas a cumpri-las por força de uma decisão judicial.

¹ Juiz Federal. Doutor e Mestre em Direito pela Universidade Federal do Pernambuco. Professor Doutor da UniCEUMA. Coordenador do Curso de Mestrado em Direito da UFMA.

O tratamento humanitário aos encarcerados defendido no livro, em especial aos cumpridores de medida de segurança, reflete a sua ideia de Direito Penal respeitando a dignidade da pessoa humana. E está dito encarcerados aos que cumprem medida de segurança, porque a autora, em sua pesquisa, constatou a existência dessa situação aos internados nos chamados manicômios judiciais.

Ao ler o seu trabalho, verifico que ela cumpre o mandamento de Jesus Cristo ao se preocupar com os presos. Na verdade, Fernanda faz mais do que visitar os internados, ela apresenta um libelo contra os maus tratos a que eles estão submetidos, algumas vezes recolhidos na mesma cela dos presos comuns, em verdadeira afronta à Lei de Execução Penal.

A autora escreve muito bem e seu texto flui com muita naturalidade, leve e límpido próprio dos grandes autores. É fácil perceber pela leitura da obra que a aplicação da medida de segurança não cumpre o seu objetivo de tratar o transtornado mental, da mesma forma que a pena privativa de liberdade não pune, não preveni e não recupera.

Internar os transtornados mentais acusados do cometimento de crimes, jogando-os às masmorras inexpugnáveis dos manicômios ou dos presídios, nada mais faz do que excluí-los do meio social. Não há tratamento adequado. O diferente é tratado com indiferença e a política criminal que se desenvolveu em relação a ele foi para deixá-lo o maior tempo possível enclausurado, fora do convívio com os supostos normais.

Ler este livro, faz-me lembrar de quão longe se está da aplicação dos ensinamentos de Beccaria, que ainda no século XVIII, defendia ser inadmissível uma sanção penal que impusesse ao transgressor um sofrimento cruel e desproporcional ao crime cometido e ultrapassasse o grau de necessidade de prevenção geral.

Na visão do filósofo, castigar pela prática de um crime teria a finalidade de impedir o acusado de tornar-se prejudicial à sociedade e de afastar os cidadãos da prática criminosa. Sob a inspiração desse pensamento, o artigo 8º da Declaração de 1789 estabeleceu que a

legislação só deve estabelecer penas estritas e necessárias, o que passou a constituir um dos alicerces do Direito Penal contemporâneo.

Porém, conforme está muito bem explanado pela autora, a medida de segurança como hoje é aplicada não é estrita e nem necessária, porque não leva em conta a reprimenda do fato praticado, mas a periculosidade do agente. Essa é um conceito indeterminado, de difícil mensuração. Contata-se a periculosidade mediante o preenchimento de um formulário padrão, cujas respostas esperam-se também padronizadas.

Quando a periculosidade cessa ou o sistema penitenciário se vê obrigado a liberar o paciente porque passou o tempo máximo de prisão ou o fato prescreveu, muitas vezes o internado não tem para onde ir, porque a família está dispersa ou o rejeitou definitivamente, gerando mais desconforto social.

É impossível discordar da conclusão a que chega a autora de que a imposição e o cumprimento da medida de segurança da forma como é feita atualmente gera mais estigmatização. Se o transtorno mental por si só é estigmatizado, mais ainda quando lhe é aplicada uma sanção penal. Esta afirmação da autora resume bem o seu pensamento: “A medida de segurança é a confluência do que existe de pior no Hospital com o que existe de pior do Sistema Penal, (re)legitimando e representando a força do poder penal-psiquiátrico”.

Ao final, Fernanda apresenta os dados colhidos em pesquisa de campo, para comprovar as suas afirmações mais do que verdadeiras e apropriadas para um momento de desesperança no sistema punitivo brasileiro. Ela, porém, não se conforta e apresenta alternativas para a solução de problema tão grave.

Aproveitem a leitura. Vale a pena.

Introdução

A medida de segurança é admitida no Sistema Penal brasileiro como uma sanção penal aplicável aos inimputáveis e semi-imputáveis penalmente. A aplicação de tal instituto exige do Poder Judiciário o entendimento sobre a liberalidade, sanidade mental, consciência delitiva, periculosidade e causas que levaram ao cometimento do ilícito, indo além da simples comprovação do binômio materialidade-autoria delitiva.

A pessoa acometida por transtorno mental que atinge a esfera de proteção jurídica regida pelo Sistema Penal transmuta-se automaticamente em um sujeito nocivo e indesejado socialmente. A rotulação preconceituosa característica desse sistema é uma das mais brutais práticas punitivas, malferindo diretamente as normas fundamentais da dignidade humana, em total contradição ao declarado Estado Democrático de Direito e em plena sedimentação da prática de violência institucional.

Demais disso, a legislação brasileira não prevê um prazo máximo para a duração da medida de segurança. Estabelece, apenas, que findará quando restar comprovada a cessação de periculosidade, ficando dependente da valoração do juiz ao caso concreto. Ou seja, trata-se de um tipo penal aberto, em que se verifica a descrição incompleta do modelo de conduta proibitiva.

Dessa forma, a duração da medida de segurança não está relacionada com a cura do mal psíquico que a ensejou, mas com a possibilidade de o indivíduo voltar a praticar fatos definidos como crime. Ora, o tratamento curativo, ainda que indeterminado, não garante que em algum momento cessará a periculosidade, razão

pela qual a falta de um prazo máximo caracteriza, por vezes, uma medida perpétua, a qual é vedada pelo ordenamento jurídico brasileiro.

A celeuma que gira em torno do instituto da medida de segurança revela sua debilidade perante o Estado Democrático de Direito, bem como a relevância de estudos sobre o tema, não apenas para o Direito, mas também para a Sociologia, Filosofia e Ciências Humanas em geral, para os indivíduos que a cumprem e suas famílias e também para a sociedade brasileira como um todo. Promover o debate sobre tal questão constitui o primeiro passo para trazer à tona a condição do transtornado mental selecionado pelo Sistema Penal, que por séculos vem sendo posposto pela sociedade em geral, pelo legislador e pelos aplicadores da Lei, a fim de que se possa, posteriormente, adequar a sua situação jurídica com o princípio da dignidade da pessoa humana e com a condição de homens e mulheres que demandam um cuidado específico.

Compreender a aplicação da medida de segurança imposta pelo Poder Judiciário é discutir e repensar a função do Direito Penal. Para tal, necessário o estudo da correlação entre o Sistema Penal e a Saúde Mental, perpassando por abordagens filosóficas acerca do conceito abstrato de periculosidade e a questão do livre-arbítrio em oposição com a predestinação, a fim de que se possa discutir com maior segurança o tratamento penal dado ao transtornado mental.

Demais disso, o Sistema Penitenciário Maranhense enfrenta como um todo graves problemas. A crise, que eclodiu no ano de 2013 e perdura até os dias atuais, foi provocada principalmente pela superlotação e pela disputa entre facções. Uma inspeção do Conselho Nacional de Justiça revelou verdadeiras atrocidades, dentre as quais, o CNJ apontou a existência de transtornados mentais cumprindo medidas de segurança em celas de presídios, junto com os presos “comuns”¹. Segundo tal instituição, o Poder

¹ Segundo o referido documento: “Foi neste mesmo presídio que foram encontrados os doentes mentais em cumprimento de medidas de segurança e em situação de internação cautelar. A falta de vagas em unidades de saúde para as internações cautelares e para o cumprimento das medidas de

judiciário encaminha os transtornados mentais para os presídios ao invés de hospitais de custódia por não existirem vagas no sistema de saúde do Maranhão.

A grave violação de direitos humanos, principalmente no que tange à integridade física e mental dos presos, culminou com denúncia realizada na Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA), a qual decretou, em dezembro de 2013, medida cautelar determinando que o Brasil, além de outras providências, reduza a superlotação carcerária.

Ademais, o campo empírico escolhido como caso a ser estudado foi a cidade de Imperatriz/MA, a qual, por ser a segunda maior cidade do Maranhão, é também polo do Sistema Carcerário Maranhense abarcando os selecionados pelo Sistema Penal de toda a região sul do estado. Em que pese sua importância no cenário criminal maranhense, a cidade não possui um Hospital Psiquiátrico ou de Custódia, daí a relevância de averiguar de que maneira os transtornados mentais selecionados pelo Sistema Penal no sul do estado são contingenciados pelo Poder Executivo ao ter de submeter à medida de segurança imposta pelo Poder Judiciário maranhense.

Com base no contexto acima delineado, a presente pesquisa teve como cerne do problema a seguinte questão: Em que medida aplicação e a fiscalização das medidas de segurança impostas pelo Poder Judiciário na cidade de Imperatriz – MA observam os direitos dos transtornados mentais selecionados pelo Sistema Penal? Demais disso, outros questionamentos auxiliaram no enfrentamento do tema, tais como: Qual a função latente da medida de segurança? Quais são as principais falhas na execução da medida

segurança tem levado o Estado a encaminhar os doentes mentais para o sistema prisional. Este fato por si só já constitui grave violação de direitos humanos, mas poderá ter outras consequências, tais como eventual extermínio dos doentes mentais. Por fim, ressalta-se que somente no ano de 2013 já ocorreram 60 mortes nos presídios maranhenses, sendo que duas delas após as inspeções que resultaram neste relatório.” (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2013).

de segurança? Os direitos assegurados pela lei aos transtornados mentais atendem a suas reais necessidades?

A partir das inquietações geradas pelas assimetrias que envolvem o instituto da medida de segurança, a presente pesquisa, a partir de uma roupagem inédita, teve por objetivo geral, através da metodologia e estudo de caso, analisar a aplicação e fiscalização das medidas de segurança impostas pelo Poder Judiciário na cidade de Imperatriz/MA, avaliando ainda de que forma o Poder Executivo propicia a execução de tais medidas.

A fim de alcançar os objetivos propostos e responder às indagações referentes à aplicação das medidas de segurança na comarca de Imperatriz/MA, o presente trabalho foi dividido em quatro capítulos. O primeiro, propõe-se a delinear historicamente a construção dos meios utilizados ao longo dos anos para abordar a questão da pessoa em sofrimento mental, perpassando por pontos controversos acerca da medida de segurança, seus fundamentos jurídico-filosóficos, a partir de uma abordagem crítica quanto aos conceitos jurídicos envolvidos na temática.

Propõe-se, no capítulo seguinte, uma (re)construção da perspectiva das diversas correntes criminológicas sobre o funcionamento do Sistema Penal em relação à pessoa em sofrimento mental, analisando as concepções de periculosidade e controle social presentes nos discursos jurídico que tratam da medida de segurança e do transtornado mental, através do estudo do pensamento criminológico sobre o tema.

No quarto capítulo, será abordado o caminho metodológico percorrido durante a pesquisa, a qual partiu de uma abordagem quanti-qualitativa para realizar um estudo de caso das medidas de segurança aplicadas na Comarca de Imperatriz/MA, utilizando como procedimentos metodológico o levantamento bibliográfico do pensamento crítico a respeito do tema, em seguida o levantamento de dados secundários através dos processos de medida de segurança perante a Vara de Execuções Penais da comarca de Imperatriz/MA, entrevistas semiestruturadas com os informantes chaves (Juiz da

Vara de Execução Penal, Diretores do Presídio de Imperatriz/MA e assistente social dos CAPS), observação sistemática com registros em diário de bordo, bem como tratamento dos dados de maneira qualitativa analisando a condição do aparelhamento oferecido pelo Poder Executivo para as medidas de segurança, e também de maneira quantitativa com gráficos estatísticos sobre os pontos chaves.

No quinto capítulo, por sua vez, serão apresentados e discutidos os dados estatísticos, através do estudo empírico, para analisar a eficácia do estado do Maranhão em promover a medida de segurança tal como quer o ordenamento jurídico pátrio e a (in)eficiência de tal medida como método ressocializador.

Uma outra faceta do controle social: histórico e progressão da medida de segurança

Traçar historicamente a construção dos meios estatais para abordar a questão da pessoa em sofrimento mental que comete crimes constitui o primeiro passo na busca da compreensão do fenômeno da medida de segurança atualmente imposta no Brasil.

O interesse da sociedade em desvendar a conduta desviante de determinados indivíduos permeia a história da humanidade, notadamente a dos sujeitos que, por apresentarem padrões mentais alterados tornam-se um risco ao controle social.

Os primeiros registros referentes à transtornos mentais remontam a Antiguidade Clássica, época em que a consciência volitiva do ser humana era, indistintamente, ligada ao sobrenatural e, portanto, os atos humanos eram todos dependentes da vontade divina.

A visão teológica do transtorno mental refletia diretamente na maneira como a sociedade lidava com a pessoa acometida por tal desvio de conduta. Dessa maneira, depreende-se que o louco convivía, na medida do possível, livre dentro da sociedade, sendo responsabilidade do grupo social mais próximo, a família, a tutela desses indivíduos. Tal visão afastava a noção do louco como perigoso, posto que afirmava que toda conduta humana era guiada pela vontade divina. Sob essa ótica, a intervenção sobrenatural era que determinava a conduta desviante de tais pessoas, o que fazia com que a responsabilidade por seus atos fosse sobremaneira diminuída.

Os distúrbios comportamentais eram encarados como manifestações demoníacas de espíritos malignos que acometiam tais indivíduos. A partir dessas concepções, os meios para lidar com tais alterações comportamentais eram limitados perante a vontade divina. Esse primeiro modelo teórico da loucura foi caracterizado nas obras de Homero.

Todavia, a partir de Hipócrates (460-377 a.C.), considerado como pai da medicina, essa visão é rompida e surge um modelo organicista da loucura, no qual a perda dos padrões normais de comportamento por distúrbios cognitivos é encarada como doença do ponto de vista racional e médico.

De outra banda, em Roma, a preocupação central com relação aos transtornados mentais dizia respeito à capacidade para os atos da vida civil. A noção atual de curatela remonta à lei romana, na qual era reconhecida a incapacidade das pessoas acometidas por transtornos mentais de gerir seus bens e praticar atos da vida civil, por essa razão, a responsabilidade para tutela desses indivíduos era entregue às famílias.

Contudo, as contribuições do Direito Romano não findaram nesse aspecto, a primeira noção histórica de responsabilidade estatal em relação a tais indivíduos adveio das leis romanas, posto que dispunham que nos casos de transtornados mentais que não possuíam família, era dever do Estado tutelar tais indivíduos.

Essa noção de que a questão do transtorno mental ultrapassava as barreiras da família e se torna uma questão pública, da sociedade em geral e do Estado, foi de grande importância e evolução, posto que inaugurou o entendimento que vigora atualmente, de que a proteção dos direitos básicos dos indivíduos em sofrimento mental, a assistência a sua saúde e recuperação é dever do Estado.

Com o surgimento do cristianismo, a Igreja Católica retomou a noção de manifestação demoníaca do transtorno mental. Dessa maneira, imbuídos em uma visão maniqueísta e com grande poder de convencimento da sociedade, a Igreja pregava que a pessoa que

apresentava comportamento volitivo comprometido estava possuída por alguma entidade espiritual ligada ao demônio, ao mal, atrelando a ideia de perigo e medo ao transtorno mental.

Segundo essa visão, o espírito demoníaco somente ataca as pessoas que estão em falta com Deus e com a Igreja, portanto, as pessoas consideradas de boa índole não são alvos do demônio. O louco é essencialmente uma pessoa ruim, em pecado e perigosa. Nasce a noção de periculosidade do transtorno mental que até os dias de hoje é o subterfúgio para segregação desses indivíduos na sociedade.

A exclusão dos loucos também deita suas raízes na exaltação à racionalidade preconizada na Idade Moderna, os loucos destoavam do padrão de razão que dominava a sociedade e, também por essa razão, eram excluídos. Uma das maneiras encontradas nesse período para efetivar essa marginalização era embarcar esses indivíduos em navios para viagens marítimas infinitas e com apenas um único rumo definido: excluir da sociedade os homens e mulheres que não se encaixavam nos padrões estabelecidos. Nesse sentido, Foucault elucida de que maneira se dava esse processo:

(...) confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. (...) Água e navegação têm realmente esse papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem, E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única

verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer. É esse ritual que, por esses valores, está na origem do longo de toda a cultura ocidental? Ou, inversamente, é esse parentesco que da noite dos tempos, exigiu e em seguida fixou o rito do embarque? Uma coisa pelo menos é certa: a água e a loucura estarão ligadas por muito tempo nos sonhos do homem europeu (FOUCAULT, 1972, p. 8).

Concomitante, a lepra se alastrava na sociedade causando forte temor em relação à doença, a qual acometia principalmente os pobres em razão de maus hábitos de higiene. Como medida de tratamento, os leprosos eram excluídos em estabelecimentos institucionais afastados (FOUCAULT, 1972, p. 34.)

Ocorre que com o controle da lepra no mundo, os estabelecimentos de exclusão ficaram inabitados e necessitavam de uma nova clientela que, preferencialmente, também se apresentasse como perigosa em relação à sociedade. Os que se encaixavam perfeitamente como resposta a esse sistema foram exatamente os loucos, que séculos depois ocuparam esse lugar de segregação social.

Inicialmente, também foram excluídos nesses estabelecimentos os portadores de doenças venéreas, porém, com o entendimento de que essas doenças necessitavam de tratamento médico, os portadores de doenças sexuais foram libertados anos depois dessa marginalização. Consequentemente, os loucos herdaram então os dezenove mil estabelecimentos de exclusão inicialmente impostos aos leprosos, surgindo as primeiras noções acerca de manicômio e tratamento do comportamento desviante pelo isolamento da sociedade (FOUCAULT, 1972, p. 47).

Um dos principais responsáveis por essa institucionalização foi o médico Philippe Pinel, nascido no século XVII, conhecido também como pai da psiquiatria, o qual resgatou a visão do transtorno mental como doença. Nesse momento, a ideia de tratamento através da internação se instaura na história das pessoas em sofrimento mental. Outrossim, Pinel inovou ao retratar o que seria chamado de monomania, ou mania sem delírio, atribuindo a

determinados transtornos mentais a ideia de violência (PRADO, 2006, p. 65). Segundo tal ideia, determinados atos criminosos somente ocorriam pelo transtorno mental que acometia esses infratores, portanto, a melhor maneira de lidar com eles seria através do tratamento médico e não de uma punição penal¹.

Esse modelo institucionalizado de tratamento, além das funções de natureza médica, atendeu a funções higienistas através do controle social exercido pela exclusão de determinados indivíduos que destoavam do ideal racional imposto na sociedade.

Contudo, a desumanização presente nos manicômios judiciais, com tratamentos agressivos e marginalização exagerada, vai de encontro a problemas determinados por fatores de três ordens, quais sejam:

- 1) ao privar o portador de transtorno mental do convívio social, retira dele, conseqüentemente, a condição de cidadão, de ser humano que pode e deve participar ativamente de seu processo terapêutico;
- 2) objetiva uma solução definitiva através da cura do transtorno mental, para que então, esse sujeito possa ser devolvido ao convívio social. Ocorre que, essa cura por vezes demora anos e por vezes não chega antes que o paciente morra isolado dentro do manicômio²;
- 3) enfraquece vínculos afetivos e familiares que poderiam influenciar positivamente no tratamento, nesse sentido:

A exclusão, no caso dos loucos, produziu então um outro fenômeno, que a igualdade material apenas não supre: produziu... desfiliação. E esta se distingue da pobreza ou da privação de bens materiais por agregar à mesma a ruptura dos vínculos e a ausência de futuro, gerando invisibilidade social (SILVA, 2004, p. 22)

Isso porque, na medida em que a internação se repete com frequência ou dura por muito tempo, induz a família a diminuir o

¹ Essa é a noção foi determinante para fundamentar a necessidade de manicômios, bem como respalda, até a contemporaneidade, o instituto da medida de segurança.

² 60 mil pessoas perderam a vida no Hospital Colônia, em Barbacena/MG, sendo 1.853 corpos vendidos para 17 faculdades de medicina até o início dos anos 1980 (ARBEX, 2013).

liame com o paciente, bem como introduz no seio familiar a ideia de que nenhum tratamento pode acontecer fora dos muros dos hospitais.

2.1 Aspectos conceituais da medida de segurança e sua localização sociológica e legal

A consciência volitiva comprometida, ou seja, a incapacidade de compreender a ilicitude de determinadas condutas aliadas à noção de perigo social, intrinsicamente atribuídos à condição do transtornado mental, subsidiaram o advento do instituto da medida de segurança.

A medida de segurança, fundada na periculosidade social, surge como forma específica de tutelar os autores de crime que foram diagnosticados com alguma espécie de transtorno mental, sob os fundamentos de tratamento e recuperação do indivíduo, bem como de defesa social.

Nada obstante, ao analisar tal instituto, transparece evidente os mesmos fundamentos que justificam a aplicação de uma pena pelo Sistema Penal. A pena possui, basicamente, a função retributiva e preventiva, aquela fundada na ideia de justiça social, que visa aplicar ao condenado uma retribuição pelo injusto que cometeu. É o mal que o Estado opõe ao mal do delito, na medida da gravidade deste. Enquanto que a função preventiva teria finalidade de evitar a reincidência ou novos delitos, do próprio agente ou de outras pessoas.

Nesse sentido, a medida de segurança, revestida do tratamento dito curativo, evidentemente também cumpre a função de retribuição, uma vez que priva o transtornado mental do convívio social, não raras vezes em presídios comuns, potencializando seu sofrimento, além de servir, para alguns, como meio de profilaxia criminal.

A sanção penal é gênero do qual derivam a pena e a medida de segurança, reservada ao inimputável ou semi-imputável em

virtude de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Historicamente, quando um criminoso era diagnosticado com transtorno mental, não poderia ser submetido à pena, pois essa pressupunha do autor capacidade cognitiva para entender seus atos.

No entanto, na prática, esses sujeitos, deixados em liberdade, confrontavam a ideia de segurança social. A internação foi então a resposta encontrada para o tratamento da loucura, como verdadeiro “dispositivo de controle-dominância da loucura” (FOUCAULT, 1995). O caráter higienista dessa alternativa também era evidente, ao segregar tais sujeitos indesejados socialmente, havia melhoria na estética visual da sociedade (FOUCAULT, 1972).

Agregando-se a isso para estimular o surgimento desse instituto, ocorreu uma crise no sistema penal, demonstrando sua ineficácia contra criminalidade, notadamente pelas altas taxas de reincidência. A pena foi vista como insuficiente e a necessidade de imposição de medidas aptas a realizar a defesa social contra os transtornados mentais que cometeram algum delito, a fim de curá-los e assegurar os demais contra seu estado perigoso, foi cogente, culminando com o nascimento da medida de segurança.

Nesse contexto, a medida de segurança foi alvo de várias discussões e teorias visando definir sua natureza jurídica. A Escola Clássica adota um conceito geral da pena para abranger a medida de segurança, representando assim, o unicismo desses dois institutos ao considerar que a pena é um tratamento imposto pelo Estado a fim de preservar a defesa social. Baseando-se então, no conceito de prevenção geral e eliminando o caráter retributivo da pena, compatibilizam-se as duas formas de sanção.

As ideias dos defensores da corrente unicista ou monista podem ser divididas em três linhas de raciocínio, veja-se: a) A medida de segurança está inserida na pena, sob a lógica de que, excluído o caráter retributivo ou o potencial ressocializador, a pena exerce também a função de prevenção especial; b) A pena está inserida na medida de segurança, porquanto esta melhor exerce a

prevenção especial e; c) A ideia de um tipo único de sanção que engloba ambos os institutos, unindo as suas características.

Em contrapartida, os dogmáticos mantiveram o conceito clássico da pena, assim entendida como a reação ao delito, evidenciando o caráter retributivo e punitivo da pena. Esta corrente preconiza a incompatibilidade dos dois institutos.

Os pontos divergentes entre os dois institutos não são de maneira nenhuma evidentes para quem sofre quaisquer das duas sanções, nem tampouco para sociedade. Contudo, com o escopo de acentuar tais diferenças, Stoos (1893-1894, p.150) elencou as principais distinções entre eles no Código Penal Suíço, onde a medida de segurança foi sistematizada pela primeira vez³.

Calcado nessa linha de pensamento dualista, que prevalece até hoje, a medida de segurança apareceu de forma despreendida no precursor Código Penal italiano de 1930, conhecido como “Código Rocco”, difundindo-se posteriormente nos códigos penais da Alemanha e da Áustria, bem como no Código Penal brasileiro de 1940 (BRUNO, 1962, p. 272).

Surgiu, assim, fundado na clássica denominação da pena, o denominado sistema duplo binário, originário do italiano *doppiobinario*, ou seja, dupla via. Segundo ele, as sanções poderiam ser duplas, uma vez que pelo mesmo fato, impunha-se duas sanções independentes. Esse sistema, malfere o princípio do *ne bis in idem*, pois mesmo sob o argumento de que a pena se fundamenta na retribuição e a medida de segurança na prevenção especial, a linha

³ As principais diferenças entre os institutos foram evidenciadas por Aníbal Bruno da seguinte maneira: “A pena se estabelece e se impõe ao culpado em consequência do seu delito. A medida de segurança funda-se no caráter nocivo ou perigoso do agente. 2º A privação penal de um bem é um meio para ocasionar ao culpado um sofrimento penal (meio penal), a medida de segurança é um meio de segurança que está ligado a uma privação de liberdade ou a uma intromissão nos direitos de uma pessoa. Não tem como fim impor ao culpado um sofrimento penal. 3º A lei fixa as penas segundo a importância do bem lesado, segundo a gravidade do ataque e segundo a culpa do autor. A lei determina a classe da medida de segurança atendendo ao seu fim de segurança e estabelece sua duração somente em termos gerais. 4º A pena é uma reação política contra a lesão ou contra o risco de um bem, protegido penalmente, causado pelo culpado. A medida de segurança deve proteger a sociedade antes do dano e do perigo que possam provir de uma pessoa que praticou um fato punível” (BRUNO, 1962, p.98).

de diferenciação entre ambas, quando na sua execução, é tênue, e o sujeito pode ser sancionado duplamente pelo mesmo fato, ainda que sob diferentes fundamentos, ocasionando ao infrator o prolongamento de sua reclusão social.

Sobretudo pelo caráter sancionador de ambos os institutos, interligam-se a finalidade de prevenção especial para a pena e a prevenção geral para medida de segurança, porquanto essa última, enquanto forma de sanção, cumpre a função intimidatória característica da primeira. Destarte, pelas inúmeras críticas feitas ao duplo binário, em 1980, surge o sistema vicariante, o qual significa “substituição”, pois afasta a cumulação de pena e medida de segurança pelo mesmo fato, impondo alternância aos dois institutos.

Nesse ínterim, a questão da natureza jurídica da medida de segurança, também dividiu as opiniões dos estudiosos da época. Os defensores da corrente dualista, notadamente os juristas italianos, arraigados na derivação da função administrativa de polícia, eram enfáticos ao atribuir a tal instituto natureza administrativa. Defensores dessa premissa propuseram, inclusive, a elaboração de dois códigos distintos.

O caráter administrativo da medida de segurança, contudo, não prevaleceu. Isso porque, por sua evolução, forma de aplicação e pelas normas que o regem, caracterizou-se como um instituto jurídico penal. Nesse sentido, aduz Bruno:

Movendo-se no campo exclusivamente do direito penal, pela doutrina que lhes firma os princípios, pelas leis que as regem, pelas autoridades que as aplicam, pelo fenômeno que se propõem disciplinar e cujo domínio próprio é o desse ramo do direito, a ele é que evidentemente pertencem as medidas de segurança (1962, p.178).

Transparece, pois evidente, que pelos próprios fundamentos e finalidades desse instituto sua natureza é eminentemente penal. Ora, dá-se pela ocorrência de um injusto penal, é aplicado por um

juiz criminal, regido pelas normas desse ramo do direito. Tampouco poderia ser diferente, pois a natureza penal é exatamente uma garantia para o infrator, que passa a contar com a segurança e proteção de diversos princípios eminentemente penais, como contraditório e ampla defesa, dignidade da pessoa humana, *ne bis in idem*, dentre outros. Nesse sentido, Bruno indaga: “Esta medida de segurança, que propriamente deriva do direito administrativo, não sofre uma fundamental modificação jurídica no momento em que transportada para o direito penal?” (BRUNO, 1962, p. 178).

2.2 A controversa questão do prazo máximo para cumprimento de medida de segurança no Brasil e a possibilidade de punição perpétua

O aspecto mais debatido no Brasil no que concerne à medida de segurança diz respeito ao seu prazo de duração. Isso porque a legislação brasileira não prevê um prazo máximo, estabelece apenas, que findará quando restar comprovada a cessação de periculosidade do agente, nos termos do art. 97, §1º, do Código Penal Brasileiro⁴.

Contudo, não há na legislação um conceito de periculosidade, ficando dependente da valoração do juiz ao caso concreto, ou seja, trata-se de um tipo penal aberto, em que se verifica a descrição incompleta do modelo de conduta proibida, requerendo do Poder Judiciário uma maior atuação para fixar os parâmetros que a lei deveria ter disposto, mas se omitiu.

Com tamanha responsabilidade nas mãos, para definir o futuro do transtornado mental em conflito com a lei e evitar que esses seres humanos sejam vítimas de violência institucional, é imperioso a qualificação transdisciplinar e técnica dos magistrados, notadamente sobre conceitos básicos de Psiquiatria, Psicologia e Psicopatologia, uma vez que, nesses casos, o problema do transtorno

⁴ Art. 97, § 1º do CP: “A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos”.

mental rompe com as barreiras da Saúde Pública atingindo o âmago do Direito Penal. No Brasil, o Sistema Penal, dentre outras necessidades, carece de cursos de capacitação e reciclagem em caráter contínuo e permanente, como já ocorre em outros países, aos servidores e magistrados no que tange a tais questões.

Extraí-se, pois evidente, ao analisar a legislação pertinente ao assunto, que a duração da medida de segurança não está relacionada com a cura do mal psíquico que a ensejou, mas somente com a possibilidade de o indivíduo voltar a praticar fatos definidos como crime. Ora, o tratamento curativo, ainda que indeterminado, não garante que em algum momento cessará a periculosidade, razão pela qual a falta de um prazo máximo caracteriza, por vezes, uma medida perpétua, que contraditoriamente é vedada pelo ordenamento jurídico brasileiro⁵. Demais disso, a depender do contexto social em que estiver inserido, bem como de fatores estressores endógenos e exógenos aos quais estão submetidos, qualquer cidadão pode se revelar e se tornar perigoso para o convívio social. Assim, a inconstitucionalidade do prazo indeterminado é manifesta por ferir diversos direitos fundamentais como direito à liberdade, à igualdade e a dignidade da pessoa humana, bem assim os princípios da proporcionalidade da pena e da razoabilidade.

Ainda que a medida de segurança do tipo internação fosse cumprida em estabelecimento adequado e de acordo com ditames legais, haveria afronta a diversos princípios constitucionais, exatamente pela possibilidade legalmente prevista de internação perpétua. Tal fato afronta o princípio da presunção de inocência, vedação de pena de caráter perpétuo, e princípio da legalidade, bases do Estado Democrático de Direito. Essa celeuma elevou a pressão sobre o Poder Judiciário para fixar bases constitucionalmente

⁵ Art. 75 do CP: “O tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 30 (trinta) anos”.

Art. 5, XLVII da CF/88: “não haverá penas: b) de caráter perpétuo”.

adequadas quanto ao prazo máximo de duração da medida de segurança:

Não é constitucionalmente aceitável que, a título de tratamento, se estabeleça a possibilidade de uma privação de liberdade perpétua, como coerção penal. Se a lei não estabelece o limite máximo, é o intérprete quem tem a obrigação de fazê-lo. Pelo menos, é mister reconhecer-se para as medidas de segurança o limite máximo da pena correspondente ao crime cometido, ou a que foi substituída, em razão da culpabilidade diminuída (ZAFFARONI, 2008, p.33).

A urgência da necessidade de suprir a lacuna legal fez com que o Supremo Tribunal Federal sedimentasse entendimento no sentido de que a duração da medida de segurança deve satisfazer ao prazo máximo de 30 (trinta) anos, interpretando analogamente o art. 75 do CP e obedecendo a vedação constitucional de penas de caráter perpétuo. Veja-se:

A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos. (Habeas Corpus 84.219, Relator Min. Marco Aurélio, julgamento em 16-8-2005, Primeira Turma, DJ de 23-9-2005)⁶.

Ocorre que o referido entendimento ainda não foi suficiente para pacificar a questão doutrinariamente, posto que subsistia o problema da possibilidade de que um sujeito que praticou um crime com pena máxima abstrata menor que 30 (trinta) anos, poder cumprir medida de segurança por até 30 anos, portanto, por prazo superior à pena do injúrio que cometeu.

O Superior Tribunal de Justiça, revendo posicionamentos anteriores, calcado nos princípios da proporcionalidade e isonomia,

⁶No mesmo sentido, HC 98.360, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, julgamento em 4-8-2009, primeira turma, DJE de 23-10-2009; HC97.621, Rel. Min. Cezar Peluso, julgamento em 2-6-2009, segunda turma, DJE de 26-6-2009) e HC 107432, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, julgado em 24/05/2014.

concluiu que não se pode conferir tratamento diferente ao inimputável e ao imputável, de forma que seja o primeiro tratado de maneira mais grave podendo ficar ergastulado por tempo superior, apenas por sua condição de pessoa com transtorno mental. Uma vez que o imputável cumpre, no máximo, a maior pena prevista para o delito, é necessária que o mesmo tratamento seja estendido ao que cumpre medida de segurança, o que culminou com edição, em 13 de maio de 2015, da Súmula 527 nos seguintes termos “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”.

Ademais, novos questionamentos surgem a partir da tendência jurisprudencial supra delineada: Alcançado o prazo máximo fixado pelo STF e STJ, mas persistindo a periculosidade e o transtorno mental no agente, como fica a segurança da sociedade? Como proceder nos casos em que o laudo psiquiátrico atestar que o sujeito ainda é perigoso, porém o limite temporal da medida de segurança foi atingido?

Os acórdãos citados não enfrentam o problema. Contudo, entende-se que a solução legalmente prevista e adequada seria a internação psiquiátrica compulsória, conforme prevista no art. 1.767 c/c 1.769 do Código Civil e no art. 6º da Lei nº 10.216/2001. A respeito da internação psiquiátrica compulsória, ressalta-se o seguinte aresto do STJ:

É admitida, com fundamento na Lei 10.216/01, em processo de interdição, da competência do Juízo Cível, a determinação judicial da internação psiquiátrica compulsória do enfermo mental perigoso à convivência social, assim reconhecido por laudo técnico pericial, que conclui pela necessidade da internação. Legalidade da internação psiquiátrica compulsória. Observância da Lei Federal n. 10.216/01 e do Decreto Estadual n. 53.427/0.8, relativo à aludida internação em Unidade Experimental de Saúde. (STJ, HC 125271/SP. Rel. Sidnei Beneti. 04/02/2014)

Avalia-se que a fragilidade da medida de segurança permanece apesar dos esforços judiciais. Ainda que os Tribunais

Superiores tenham fixado entendimento acerca de um prazo máximo, os transtornados mentais continuam vítimas de violência institucional, materializada em decisões inconstitucionais exaradas por órgãos judiciais inferiores hierarquicamente às cortes supremas. A sedimentação do posicionamento não vincula rigorosamente os demais juízes e pode ter como efeito a passividade do Legislativo por apreender que, em tese, a solução já foi dada. Contudo, entende-se que somente a alteração legislativa definitiva sanaria a celeuma em questão.

2.3 O movimento antimanicomial e os paradoxos dos avanços obtidos no Sistema de saúde em face do Sistema de Justiça

Visando superar a exclusão causada pelo modelo manicomial de internação, a partir de 1960 advieram alguns movimentos com o intuito de superação dessas práticas e com propostas terapêuticas alternativas e inclusivas. Inicialmente, esses movimentos foram motivados pelo excesso de abuso contra a humanidade dos transtornados mentais asilados em manicômios, bem como pelo comprometimento que o louco criminoso causava por seu caráter violento e por sua ligação com o crime:

Nesse contexto, que surgem os debates em torno da necessidade de uma reforma na assistência psiquiátrica, enfatizando-se a necessidade da construção de instituições específicas para doentes específicos, “medicalizando” o espaço asilar: os loucos criminosos, os epiléticos e os simuladores, por sua alta periculosidade, comprometiam o tratamento e deveriam sair do asilo, o qual deveria funcionar como uma instituição puramente médica (COSTA, 2004, p.17).

O movimento antimanicomial enfrenta alguns obstáculos de ordem prática e pretende, através dos saberes médicos, deslegitimar a exclusão social reproduzida através dos manicômios a fim de

reestabelecer os vínculos sociais e familiares desse indivíduo e, ao mesmo tempo, garantir um tratamento adequado à sua condição.

O berço da luta pelo fim da violência, tratamento desumano, tortura, exclusão e marginalização dos transtornados mentais foi a Itália. Um dos principais agentes desse movimento foi Fraco Basaglia, psiquiatra italiano que protagonizou o movimento antimanicomial naquele país e que visitou o Brasil em diversos eventos, trazendo as ideias e propostas de superação do movimento asilar. Revoltado com as mazelas inerentes aos manicômios, ele foi precursor do movimento e defendia que o transtorno mental necessitava de outros parâmetros de tratamento que apenas a psiquiatria não era capaz de oferecer (AMARANTE, 2003, p. 29).

O movimento antimanicomial tem um eixo de atuação complexo, além de repensar os conceitos pré-definidos de doença mental, tratamento, cura, perigo e loucura, procura fixar as bases de um modelo de assistência terapêutica capaz de superar os maus tratos, além do cunho sociopolítico intrinsecamente envolvidos na questão:

Uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença; foi necessário tentar colocar entre parênteses a doença como definição e codificação dos comportamentos incompreensíveis, para buscar suprimir as superestruturas dadas pela vida institucional, para poder assim individualizar quais partes eram de responsabilidade da doença e quais da instituição, no processo de destruição do doente a doença (BASAGLIA, 1985, p. 22).

O referido médico foi o primeiro a fechar um manicômio judicial e propor um tratamento revolucionário, partindo de uma premissa integrativa, o social, a família, o lazer e a cultura estavam envolvidos no processo de assistência ao transtornado mental (AMARANTE, 2003, p. 18).

Os ensinamentos do psiquiatra foram fundamentos para criação, na Itália, da Lei 180, também conhecida como Lei Basaglia,

que determinada a extinção dos manicômios no país e a substituição do modelo de tratamento por uma assistência mais humanitária.

O tema ganhou novos rumos e nova força no Brasil, notadamente a partir do ano de 1978, quando Basaglia visitou o país e participou de simpósios e conferências referentes à saúde mental.

No Brasil, o movimento antimanicomial se iniciou num contexto sociopolítico de exaltação dos direitos humanos em que o país se desvencilhava do Regime Militar. A Reforma Psiquiátrica que se iniciou, para além de questões sanitárias somente, é também um processo de mudança social.

Em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, integrado não só por profissionais da saúde, como também por familiares e pelas próprias vítimas do sistema: algumas pessoas em sofrimento mental que passaram pelos manicômios somaram nessa organização que protagonizou, no Brasil, a luta pela abolição dessas instituições (AMARANTE, 2003, p.34).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado deu entrada num projeto de lei que marcou o início da luta antimanicomial no âmbito legislativo, uma vez que tinha como objetivo a extinção progressiva dos manicômios no Brasil e a regulamentação de um tratamento mais humano e adequado.

Antes mesmo do projeto ser aprovado, alguns estados já organizaram a rede integrada de atenção à saúde mental, que tinha como objetivo acompanhar a substituição dos leitos psiquiátricos, bem como começaram a surgir as primeiras ações práticas de substituição do modelo asilar

Em 1992, foi editada a Portaria nº 224, do Ministério da Saúde, criando Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial – NAPS/CAPS⁷.

⁷Portaria nº 224, do Ministério da Saúde: Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência

Esses locais foram decisivos na substituição dos manicômios, uma vez que prestaram assistência à pessoa em sofrimento mental de maneira individualizada, a partir de uma visão integrada, na qual a família também recebe apoio e assistência, terapia, sociabilidade, atividades de lazer e de integração na comunidade além de consultas médicas e avaliação periódicas, constituindo-se uma base preponderante para um novo modelo de assistência terapêutica em saúde mental. Demais disso, alguns CAPS também passaram a funcionar 24 horas, servindo como um padrão intermediário entre a internação total e o tratamento ambulatorial.

O avanço foi significativo. Todavia, ainda subsistia, na sociedade, a questão do transtornado mental que ficou por anos asilados em manicômios e perdeu todo e qualquer vínculo familiar. A liberdade desses indivíduos requeria essencialmente uma ação estatal. Com o objetivo de atender tal demanda, foi editada, no ano de 2000 a portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, criando os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. A proposta dessas instituições é exatamente substituir a internação prolongada em hospital psiquiátrico, oferecendo moradia dentro da comunidade para os egressos daquele modelo asilar que não possuam laços familiares.

Outrossim, significativo avanço também foi obtido por essa portaria a qual dispunha que para cada transferência de paciente de Hospitais Psiquiátricos para Residências Terapêuticas, o referido número de leito deveria ser descredenciado do Sistema Único de Saúde para que a verba fosse destinada na rede substitutiva de saúde mental⁸.

psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3 São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1982, p.1).

⁸ Art. 1º - Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

2.3.1 A Lei Antimanicomial (Lei nº 10.216/2001)

Após mais de 12 anos de tramitação, foi aprovada a Lei 10.216/2001, resultado do projeto proposto pelo deputado Paulo Delgado, porém com diversas alterações. O grande lapso temporal se justifica porque, uma das celeumas enfrentadas pelo movimento antimanicomial diz respeito aos lucros milionários gerados pelas internações infinitas em Hospitais Psiquiátricos.

A influência de setores contrários à reforma foi perceptível ao analisar as principais modificações realizadas no Projeto de Lei apresentado por Paulo Delgado (Projeto de Lei 3.657/89). Inicialmente, a própria disposição sobre o assunto da lei mudou, veja-se: de “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória” (BRASIL, 1989, p.1) para “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (BRASIL, 2001, p.1).

Dessa maneira, a novel legislação já nasceu sem o objetivo expresso de extinção dos manicômios. Todavia, o avanço obtido é inegável, notadamente ao analisar os fundamentos elencados pelo legislador, quais sejam: 1) proteção institucional das pessoas portadoras de transtornos mentais e; 2) redirecionamento no modelo assistencial.

Parágrafo único – Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

Art. 2º - Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.1).

Os direitos assegurados nos artigos 1º e 2º elencam garantias mínimas para tratar com dignidade pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como adentram na esfera de superação do modelo assistencial ao prever tratamento pelos meios menos invasivos possíveis e que, preferencialmente, aconteçam nos serviços comunitários de saúde mental. Pode-se extrair, logicamente, que a internação seria assim, a última saída para os casos.

Tal ideia é reforçada no art. 4º, o qual deixa claro que qualquer modalidade de internação só ocorrerá quando os recursos extra hospitalares forem insuficientes. Ademais, no referido artigo encontra-se uma proibição deveras salutar para o presente objeto de estudo, nos §§2º e 3º está vedada a internação de pessoas com transtornos mentais em instituições asilares sem condição de oferecer serviços médicos, de assistência social, psicológicos, etc. Veja-se:

§ 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.

Primeiramente, existe uma falha no que concerne à eficácia dessa previsão legal. É evidente que a maioria das penitenciárias brasileiras se enquadram no referido conceito de instituições asilares sem o aparato necessário para internação desse público. Contudo, em que pese à disposição, uma inspeção do Conselho Nacional de Justiça, realizada no Maranhão, revelou a existência de transtornados mentais cumprindo medidas de segurança em celas de presídios, junto com os presos “comuns”.

Depois, uma interpretação geral do artigo 4º evidencia a permanência de Manicômios, desde que cumpram as assistências previstas na lei, determinando que modelo asilar continuará a vigorar no Brasil.

Por fim, para Amarante & Yasui, a limitação da internação prevista na lei como um todo e notadamente no art. 4º, pode constituir o oposto do que propunha o movimento antimanicomial, pois:

Pode funcionar como um incentivador, pois o fato de não existir uma rede assistencial extra-hospitalar abrangente no país (embora seja muito mais ampla do que há alguns anos atrás) autoriza a internação e não necessariamente estimula a constituição desta rede (2003, p. 94).

O art. 3º rememora a noção, trazida ainda pelo Direito Romano, de que a responsabilidade por questões de Saúde Mental é do Estado, além do que prestigia os aspectos do movimento antimanicomial ao prever a participação da família e da sociedade.

O art. 5º prevê a alta planejada para pacientes de longa internação, o que, ao ser efetivado constitui um verdadeiro avanço do sistema, simplesmente por voltar o olhar para esses pacientes que, via de regra, eram esquecidos dentro do asilo. Segue o art. 6º definindo as espécies de internação e aduz necessidade do Laudo Psiquiátrico.

Outra importante inovação é localizada no art. 8º, ao prever a comunicação, no prazo de 72 horas, ao Ministério Público acerca das internações psiquiátricas involuntárias, com o escopo de fiscalizar a legalidade da internação. Na mesma linha, o art. 10, dispõe sobre necessidade de comunicação à família do paciente, no prazo de 24 horas, no caso de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento.

Em que pesem a brevidade e as alterações feitas no Projeto de Lei original, as disposições refletem um significativo avanço no sistema de saúde no que pertine à questão do transtornado mental

com a positivação de garantias, que de tão mínimas parecem óbvias, mas eram objetos do movimento antimanicomial pelas violações ocorridas dentro dos manicômios.

A ressignificação da loucura através da substituição do modelo asilar por uma rede integrada de saúde mental é um processo complexo e gradual que enfrenta problemas de ordens médica, jurídica e social.

Os avanços obtidos no sistema de saúde, através da luta antimanicomial, evidenciam a contradição existente no Sistema Penal Brasileiro, o qual, através da medida de segurança, (re)legitima uma internação infinita, criminalizando o transtorno mental e, conseqüentemente, adentrando na esfera médica de uma maneira nefasta, utilizando o subterfúgio do tratamento para segregar esses indivíduos.

2.3.2 Instrumentos normativos de assistência à saúde no Sistema Penal

Diversas são as espécies normativas no Ordenamento Jurídico Brasileiro que, em tese, asseguram a assistência à saúde às pessoas que passam pelo Sistema Penal, de uma maneira geral, indo desde a Lei de Execuções Penais que elenca em seu art. 11 os tipos de assistência a ser prestada pelo Estado, quais sejam: I – material; II – à saúde; III– jurídica; IV – educacional; V – social; VI – religiosa.

Na dicção dos itens 38 a 41 da Exposição de Motivos da Lei de Execução Penal, está consignado a necessidade da assistência à saúde no âmbito do Sistema Penal, veja-se:

39. No Relatório da CPI do Sistema Penitenciário acentuamos que: Tem, pois, esta singularidade o que entra nós se denomina sistema penitenciário: constitui-se de uma rede de prisões destinadas ao confinamento do recluso, característica extremamente discriminatória: a minoria ínfima da população carcerária, recolhida a instituições penitenciárias, tem assistência clínica, psiquiátrica e psicológica nas diversas fases da execução da pena,

tem cela individual, trabalho e estudo, pratica esportes e te recreação. A grande maioria, porém, vive confinada em celas, sem trabalho, sem estudos, sem qualquer assistência no sentido da ressocialização (BRASIL, 1984, p. 02).

Outros instrumentos normativos também sinalizam na mesma direção ao prever, organizar e delimitar o dever do Estado a prestar assistência à saúde ao preso. Dentre essas normas, destaca-se a Portaria Interministerial 1.777/2003 que criou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e que: “[...] prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos” (BRASIL, 2005, p. 10).

Todavia, mesmo decorrendo um grande lapso temporal de sua edição, não houve um significativo avanço na situação sanitária do Sistema Carcerário. Por essa razão, com o objetivo de, efetivamente, garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade⁹ no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, foi editada a Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, criando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O documento elenca os objetivos, as diretrizes de implementação e manutenção, bem como as responsabilidades do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça, dos estados e do Distrito Federal. A coordenação e implementação do PNAISP é responsabilidade de cada Estado da federação, que deve aderir ao

⁹ As pessoas em sofrimento mental também se enquadram no conceito de pessoas privadas de liberdade nos termos dos arts. 2º e 7º da referida portaria.

“Art. 2º: Entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal).

Art. 7º: “Os beneficiários da PNAISP são as pessoas que se encontram sob custódia do Estado inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança”.

plano por meio de pactuação com a União, que destinará recursos para garantir a efetivação.

Nesse sentido, o Estado do Maranhão, muito antes do término do prazo estipulado para adesão ao programa (31/12/2017), assinou Termo de Adesão com a União no dia 3/01/2014. Um dos pilares para efetivação do programa no Maranhão, é a Unidade de Monitoramento Carcerário do Estado, que dentre diversos programas e objetivos, colabora com o PNAISP.

2.4 Unidade de monitoramento, acompanhamento, aperfeiçoamento e fiscalização carcerária

Com objetivo de monitorar e fiscalizar o sistema carcerário maranhense, sob a égide da Constituição Federal, Código Penal, e de Processo Penal, legislações extravagantes, bem como recomendações e resoluções do Conselho Nacional de Justiça, Tribunal de Justiça, e Corregedoria Geral de Justiça, foi criada a Unidade de Monitoramento, Acompanhamento, Aperfeiçoamento e Fiscalização Carcerária – UMF, em 2012, por meio da Lei nº 9.951, este órgão faz parte da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária – SEAP. Porém, apenas no ano de 2015, o CNJ elaborou a Resolução nº 214/15, que estabeleceu a competência dos Grupos de Monitoramento Carcerário em fiscalizar e monitorar o sistema penitenciário em âmbito nacional.

A UMF trabalha pautada no planejamento estratégico a partir da coleta e processamento dos dados das unidades prisionais no estado. O órgão busca viabilizar através de parcerias interinstitucionais, as garantias e assistências aos detentos que estão estabelecidas por lei, principalmente o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Estas unidades resultaram da preocupação do Conselho Nacional de Justiça em melhor atender a demanda carcerária brasileira. Contudo, o Maranhão já demonstrava sensibilidade ao tema ao criar a UMF, anos antes da Resolução 214/15.

Dentre suas atribuições, pode-se destacar os seguintes pontos, nos quais se fundamentam a implementação da proposta apresentada neste trabalho:

I - monitorar e fiscalizar o cumprimento da legislação penal e processual penal, e leis extravagantes, as recomendações e resoluções do Conselho Nacional de Justiça, do Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão e da Corregedoria-Geral da Justiça, em relação à prisão provisória e definitiva, medida de segurança e de internação de adolescentes;

VIII - apoiar as ações dos projetos “Começar de Novo” e “Advocacia Voluntária”; coordenar a instalação de unidades de assistência jurídica voluntária no âmbito do sistema carcerário e do sistema de execução de medidas socioeducativas;

XII - organizar ações que envolvam a sociedade sobre a ressocialização e reinserção social de presos e egressos, publicizando os resultados obtidos;

XIV - contribuir para a construção de políticas públicas no âmbito do Sistema Criminal e Penitenciário;

XV - articular a criação e instalação de Associações de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC's) em todo o Estado do Maranhão.

A organização do Plano de Trabalho deste órgão segue uma tendência de descentralização gerencial, e está dividida em quinze programas com o escopo de aprimoramento do Sistema Penal Maranhense, dentre eles os que interessam sobremaneira para o objeto de estudo do presente trabalho são os seguintes:

O Programa 1, denominado Reunião GMF, consiste na articulação intersetorial e possui como intuito favorecer as relações intra e intersetoriais, por meio do rompimento da fragmentação institucional e de ações desarticuladas que impossibilitam a atuação neste campo. O foco deste setor é intermediar ações com demais organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, parceiras na execução penal maranhense de forma a analisar as políticas e ações voltadas à

execução penal e propor medidas que contribuam para a melhoria do sistema penitenciário maranhense.

A questão da pessoa em sofrimento mental selecionada pelo Sistema Penal é, antes de tudo, um problema de Saúde Pública, portanto, a relevância de um programa que vise a interseção com outras instituições, para além do Sistema Carcerário, é de suma importância para aprimorar o tratamento desse paciente, bem como para garantir o cumprimento da legislação antimanicomial.

O Programa 10, denominado Audiências de Custódia, está fundamentado na implantação deste projeto no ano de 2015 pelo CNJ, o qual consiste na garantia de apresentação do preso em flagrante ao juiz que analisará a legalidade e adequação. Na prática, essas audiências possuem o condão de coibir a tortura e os maus tratos aos presos, bem como servir para auferir a possibilidade da existência de transtorno mental e, então, determinar que seja instaurado o Incidente de Insanidade Mental para apurar a condição psicológica daquele preso e verificar o melhor lugar para seu recolhimento.

O Programa 5, chamado de Mutirão Carcerário Permanente tem por objetivo fiscalizar possíveis irregularidades nas prisões cautelares, bem como diminuir o índice de prisões provisórias. Os mutirões carcerários deram cumprimento à Resolução nº. 89/2009, do Conselho Nacional de Justiça e são três os tipos realizados pela UMF no Maranhão: um virtual, o grupo de análise de prisão provisória e o mutirão que analisa todos os processos parados há mais de 100 (cem) dias, dentre eles vários processos de execução de medida de segurança.

A UMF desenvolve ainda procedimentos administrativos, classificados no programa 10, com objetivo de investigar os fatos relatados como morte e fuga de detentos, rebelião, maus tratos, ocorridos nas Unidades prisionais, APAC's, Hospitais Psiquiátricos e Delegacias.

Para aprimorar todas essas atribuições, a UMF utiliza um sistema de informação interligado, programa 11, que trabalha com

os seguintes dados: Sistema Unidade de Monitoramento Carcerário - SISUMF, Sistema Começar de Novo - SCN, THEMIS/ Jurisconsult, VEP/CNJ, Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais CNIEP/ Geopresídios, Cadastro Nacional de Adolescente em Conflito com a Lei - CNAEL, SIISP, SIGO, Sistema de Audiência de Custódia - SISTAC, Cadastro Nacional de Inspeções em Unidades de Internação e Semiliberdade – CNIUIS e REGESTA.

Já no Programa 13, denominado Saúde Prisional, efetivado desde 2013, a UMF realiza o levantamento de dados de portadores de transtornos mentais que se encontram em ambiente prisional. A fiscalização e o acompanhamento do cumprimento das medidas de segurança se encontram dentro dos objetivos e responsabilidades atribuídos à UMF¹⁰

A partir de 2016 foi ampliando o universo da população pesquisada para os dispositivos da Rede de Atenção à Saúde Mental (RASM), que tenham dentre os seus usuários aquelas pessoas que estejam na condição de beneficiárias da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Prisão (PNAISP) através de tratamento ambulatorial. Para tanto, a UMF lança mão de estratégias que contemplam um trabalho interinstitucional, haja vista a proposta metodológica de trabalho em Rede.

Além da inspeção física realizada periodicamente nos hospitais e penitenciárias, o relatório também é formulado a partir de consultas semanais aos sistemas de informação carcerária, SISUMF JURISCONSULT/THÊMIS, VEPCNJ, SIGO e SIISP. Ademais, há o encaminhamento de ofícios, e-mails e também telefonemas para as Comarcas do Estado, solicitando atualização de dados.

¹⁰ O art. 1º da Lei nº. 9551/2012, § 1º, elenca como objetivo da UMF:

I – monitorar e fiscalizar o cumprimento da legislação penal e processual penal, e leis extravagantes, as recomendações e resoluções do Conselho Nacional de Justiça, do Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão e da Corregedoria – Geral da Justiça, em relação à prisão provisória e definitiva, medida de segurança e de internação de adolescentes.

II – estimular e apoiar, no âmbito das varas específicas, o trabalho da Corregedoria na realização de mutirões para realização de prisão provisória e definitiva, da medida de segurança e da internação de adolescentes para aperfeiçoamento das rotinas carcerárias.

Segundo os dados obtidos no Relatório Saúde Prisional de agosto de 2017¹¹:

Em nosso trabalho de monitoramento de dados, constatamos a inadequação de PTM's¹² nas Unidades Prisionais do Estado. Essa situação nos leva ao acompanhamento dos casos constatados, bem como a propor soluções para as instituições, tanto do Sistema de Justiça quanto dos Sistemas de Saúde de Segurança e da Administração Penitenciária.

Quadro 1 - Relação de quantidade de Pessoas em Sofrimento Mental nas Unidades Prisionais do Maranhão

CAPITAL	INTERIOR	TOTAL
164 PTM's	148 PTM's	312 PTM's

Fonte: Coordenação de Saúde da SEAP (2017).

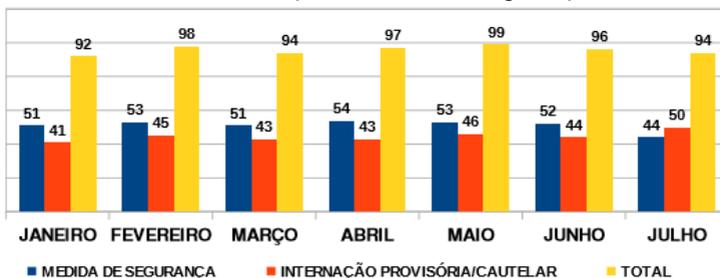
Nas cidades do interior do Estado do Maranhão não existem Hospitais de Custódia aptos a receber transtornados mentais que estejam cumprindo medida de segurança do tipo internação. Por essa razão, a quantidade de pacientes na cidade de São Luís/MA, capital do Estado, provavelmente se manterá superior em todos os relatórios, porquanto nessa localidade estão os três hospitais que recebem pacientes com transtornos mentais que devem permanecer internados.

O principal local de internação dessas pessoas é o Hospital Nina Rodrigues, de acordo com todos os relatórios fornecidos pela UMF, a lotação de internos é sempre superior à quantidade de vagas existentes. Conforme o gráfico:

¹¹ Relatório Completo nos anexos (Anexo X).

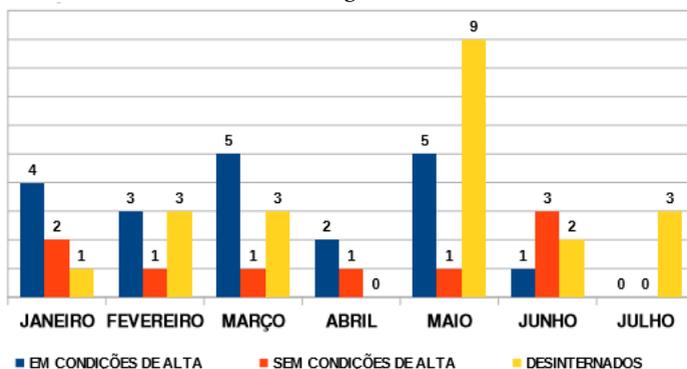
¹² Denomina-se PTM – Pessoa com Transtorno Mental.

Gráfico 1 - Relação de medidas de segurança



Fonte: Hospital Nina Rodrigues (2017).

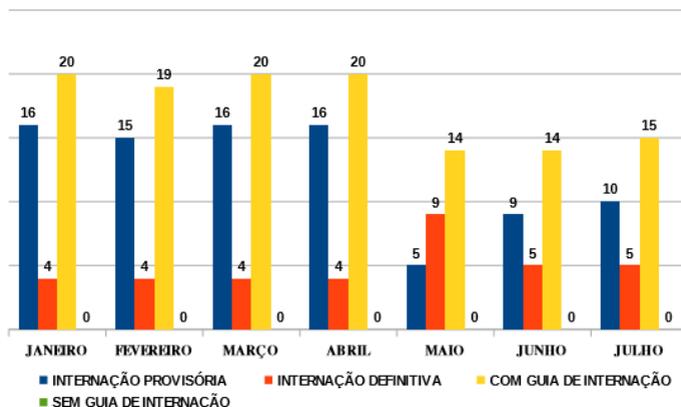
Gráfico 2 - Situação das medidas de segurança ativas no Hospital Nina Rodrigues



Fonte: Hospital Nina Rodrigues (2017).

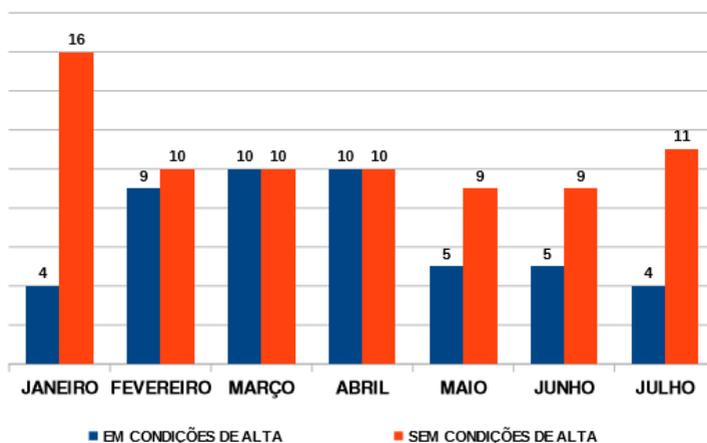
O outro hospital apontado pela UMF como conveniado com o SUS para recebimento de transtornados mentais encaminhados do Sistema Penal é a Clínica São Francisco, também localizada na cidade de São Luís/MA. O quantitativo de internos nesse local, no ano de 2017, se deu da seguinte maneira:

Gráfico 3 - Relação de medidas de segurança na Clínica São Francisco



Fonte: Clínica São Francisco (2017)

Gráfico 4 - Situação das medidas de segurança ativas na Clínica São Francisco



Fonte: Clínica São Francisco (2017)

Os dados são reveladores, notadamente no que diz respeito à superlotação, o número de internos é quase sempre superior ao número de vagas existentes nesses hospitais, que são responsáveis por receber pessoas em sofrimento mental de todo o Maranhão.

A UMF realiza também a fiscalização quanto aos serviços substitutivos de saúde mental. Nesse ponto, fiscalizam a quantidade

de instituições presentes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela Portaria MS nº 3088/2011, para ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Na verificação da composição da RAPS na cidade de Imperatriz/MA, o referido Relatório da UFM aponta como instituições vinculadas a atenção à saúde mental, conforme a tabela seguinte:

Quadro 2 - Instituições vinculadas a Rede de Atenção à Saúde na região sul do Maranhão

IMPERATRIZ Totalizando 38 leitos	AMARANTE DO MA	CAPS I
	CAMPESTRE DO MA	CAPS I
	IMPERATRIZ	CAPS III
		CAPS AD
		CAPS I
		CONSULT. DE RUA
	RT	
	JOÃO LISBOA	CAPS I
	ESTREITO	CAPS I
PORTO FRANCO	CAPS I	

Fonte: UFM (2017).

Atualmente, a cidade de Imperatriz/MA conta com cinco instituições de apoio à rede de amparo a pessoas em sofrimento mental, dentre elas, os três CAPS responsáveis também por receber indivíduos advindos do Sistema Carcerário.

O diagnóstico e publicação destes dados, já é considerado um avanço para o sistema carcerário, porquanto por muito tempo não havia registros públicos acerca dessa situação, bem como é revelador da estrutura de saúde mental que, por anos, ficou menosprezada e mal fiscalizada, sem registros públicos eficientes quanto ao seu funcionamento.

A visão criminológica da loucura

Fazendo uma análise histórica do desenvolvimento do sistema penal, constata-se que o grupo social dominante determina as condutas ilícitas e seleciona aqueles que serão etiquetados como desviantes, inimigos, não-cidadãos. Além disso, os privilegiados exercem a função de formadores da opinião pública, fomentando a ideologia da figura do indigno, que se confunde com a figura dos economicamente desfavorecidos. Zaffaroni vai ao encontro dessa ideia ao afirmar que “a discriminação no exercício do poder punitivo é uma constante derivada de sua seletividade estrutural” (2007, p.81).

O início da criminologia ocorreu com o alicerce da antropologia criminal, configurando o paradigma etiológico, que utilizava o determinismo anatômico-biológico como diretriz para identificar o criminoso. Numa perspectiva sincrônica, surgiu a criminologia social, a qual era fundamentada nos fatores sociais (geográficos, econômicos e culturais) determinantes para a construção da ideia do infrator. Ao invés de indagar, como a Criminologia tradicional, "quem é criminoso?", "por que é que o criminoso comete crime?" o *labelling* passa a indagar "quem é definido como desviante?" "por que determinados indivíduos são definidos como tais?", "em que condições um indivíduo pode se tornar objeto de uma definição?", "que efeito decorre desta definição sobre o indivíduo?", "quem define quem?" e, enfim, com base em que leis sociais se distribui e concentra o poder de definição? (BARATTA, 2002, p. 79).

O adormecer pensante é o objetivo da criminologia positivista que iniciou um processo de construção de estereótipos, os quais eram convenientemente selecionados para sofrerem uma despersonalização de cidadão. Para tanto, era utilizado o vago conceito de periculosidade.

Em sintonia com esse vazio de pensamento, vê-se a prática atual da subversão dos operadores do Direito frente às exposições midiáticas. Este processo é denominado por Zaffaroni como *autoritarismo publicitário cool*. Por definição:

Ele é pobre, funciona porque é pouco inteligente, não pensa e promove uma *greve* do pensamento ou um *pensamento nulo*, (...) que não tolera sequer um discurso acadêmico rasteiro, pois se reduz a uma mera publicidade” (ZAFFARONI, 2007, p. 77).

Faz-se pertinente, também, que se critique a visão que a sociedade tem das instituições carcerárias e “a *pretensa necessidade de purgar a infâmia*” que “*é ainda um dos absurdos motivos do uso das torturas*” (BECCARIA, 2005, p. 41). Nesse raciocínio de Beccaria, segue ainda que “*bastará provar que a crueldade dos castigos é inútil para que se deva considerá-la como odiosa, revoltante, contrária a toda justiça e à própria natureza do contrato social*” (BECCARIA, 2005, p. 21). Beccaria já notara uma habilidade meticulosa do Estado: o potencial de controle social. Ele apostara que, para desprender-se dessas presunções de juízos, que hoje estão fortemente disseminadas na sociedade, fazia-se necessário um esclarecimento social, de que a desumanidade com os infratores não traria nenhum benefício à sociedade.

Historicamente, a prisão já é, por excelência, uma entidade opressiva para todos que cumprem penas. Entretanto, a severidade no caso dos transtornados mentais é alargada por suas condições de saúde e seu comprometimento volitivo, desrespeitando os princípios da proporcionalidade e da dignidade da pessoa humana, como nos casos retratados por Daniela Arbex, no livro *Holocausto Brasileiro*,

no qual a autora descreve a realidade da Colônia, maior hospício do Brasil, situado em Barbacena/MG:

Um dos capítulos mais macabros da nossa história: a barbárie e a desumanidade praticadas, durante a maior parte do século XX, no maior hospício do Brasil, conhecido por Colônia, situado na cidade mineira de Barbacena. Ao fazê-lo, a autora traz à luz um genocídio cometido, sistematicamente, pelo Estado brasileiro, com a conivência de médicos, funcionários e também da população, pois nenhuma violação dos direitos humanos mais básicos se sustenta por tanto tempo sem a omissão da sociedade. Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros da Colônia. Em sua maioria, haviam sido internadas à força. Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava ou que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas violentadas por seus patrões, esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento, homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos 33 eram crianças (2013, p. 23).

Fato como esse não é apenas uma infração, a falta do cumprimento da lei, mas também um golpe nos princípios fundamentais da Constituição Federal. A Dignidade Humana para além da sua localização hierárquica normativa, é o princípio que, ao ser descumprido, fere a condição de ser humano; indispensável a qualquer indivíduo. E isso inclui aqueles que infringem a Lei.

A pretensão da criminologia crítica é, através de uma visão macrosociológica, descortinar as intenções latentes de seletividade ao declarado discurso do Direito Penal, que seria preservar as desigualdades sociais.

A abstratividade atrelada à noção de ressocialização contribui sobremaneira para perpetuar a legitimidade da privação de liberdade no caso dos transtornados mentais. Ocorre que, nem o cárcere, tampouco a internação indefinida na clínica lograram êxito em materializar o discurso oficial de reeducação e reinserção social.

Se tal é a situação, a prisão, ao aparentemente “fracassar”, não erra seu objetivo; ao contrário, ela o atinge na medida em que suscita no meio das outras uma forma particular de ilegalidade, que ela permite separar, por em plena luz e organizar como um meio relativamente fechado mas penetrável. Ela contribui para estabelecer uma ilegalidade visível, marcada, irredutível a um certo nível secretamente útil – rebelde e dócil ao mesmo tempo; ela desenha, isola e sublinha uma forma de ilegalidade que parece resumir simbolicamente todas as outras, mas que permite deixar na sombra as que se quer ou se deve tolerar. Essa é a forma de delinquência propriamente dita. Não devemos ver nesta forma a mais intensa e mais nociva ilegalidade. (FOUCAULT, 1977, P. 76)

Considerando a seletividade do sistema penal, os transtornados mentais, dentro da sua condição especial, têm seu sofrimento potencializado. Sofrem pela ausência de instituições especializadas e de profissionais qualificados ao seu atendimento diferencial (como médicos, enfermeiros, psicólogos), sendo alvos da estratégia do Sistema de Justiça de utilizar o tratamento médico como subterfúgio para segregar.

Em consonância com os fundamentos teóricos da Criminologia Crítica e rompendo com a visão predeterminista do crime e do transtorno mental, o professor Alvin Augustus Sá desenrola as premissas da denominada Criminologia Clínica de inclusão social:

A Criminologia Clínica é uma atividade complexa de conhecimentos interdisciplinares predominantemente científicos, que se alimenta a partir de referenciais teóricos do Serviço Social, Psicologia, Psiquiatria, Medicina, Criminologia geral e da Sociologia, e também se vale das contribuições da ciência jurídica. Tem como objeto de estudo o paradigma das inter-relações sociais. Como um de seus objetivos, procura analisar o complexo contexto em que ocorreu o comportamento problemático do encarcerado, o chamado cenário do crime, a malha paradigmática das inter-relações sociais, e assim melhor compreender o comportamento problemático, não enquanto um crime, não enquanto conduta

negativa, propriamente, mas enquanto uma resposta que o condenado deu a uma situação problemática que enfrentou na vida. Tal resposta que se apresentou é compreendida como a alternativa mais viável para que ele se adaptasse à referida situação, ainda que implique conflitos com as normas penais vigentes. (SÁ, 2015, p.38)

Esse novo modelo é pautado na concepção de diálogo, na qual se pretende conhecer a visão do infrator e sua real capacidade de enfrentamento dos paradoxos da vida, entendendo o cometimento do delito como a alternativa mais viável frente ao contexto problemático no qual se encontrava, conferindo valor central ao discurso do preso, seus pensamentos, conflitos e individualidade, para que então possa formular bases de reflexão e adequação da resposta do preso às normas e conduta vigentes.

Tal modelo só pode ser atingido através da superação do mito da ressocialização. O autor entende que o ser humano carrega em si o peso da propensão ao delito, à violência. Por essa razão, a ideia de ressocialização do dito criminoso seria um mito baseado em uma visão inexistente de onipotência e perfeição humana. Ao invés dessa concepção, o objetivo da execução penal deve ser a reintegração social do apenado, através da análise da dinâmica institucional em que a situação está inserida.

3.1 Medida de Segurança no Ordenamento Jurídico Brasileiro

No Brasil, o debate sobre a necessidade de criação de manicômios judiciais apropriados para receber a clientela específica do louco criminoso culminou com a edição do Decreto nº 1.132, de 1903, que segundo o governo objetivava reorganizar a “assistência” ao alienado, estabelecendo que as pessoas que comprometessem a

ordem pública por moléstia mental deveriam ser recolhidas em asilos (BRASIL, 1903, p. 1)¹

Todavia, somente no ano de 1919 foi criada a primeira instituição com o fim “sanitário-criminal”, totalizando posteriormente dezenove manicômios judiciais no Brasil (COSTA, 2004, p.27).

A medida de segurança consolidou-se com o Código Penal de 1940, caracterizando inimizabilidade penal como a incapacidade que tem o agente de responder por sua conduta criminosa, prevista no art. 26 do Código Penal Brasileiro². A pena é substituída por tal instituto quando o inimizável pratica fato típico, ilícito, porém, não culpável. É atribuído a esse sujeito a condição de perigoso, portanto, sob o alicerce de defesa social, o instituto repressor admite a exclusão por tempo indeterminado.

Nos moldes do ordenamento jurídico pátrio, há casos de pessoas, que movidas por sua condição patológica infringem a norma e necessitam passar por uma perícia psiquiátrica. Os infratores, através deste laudo, são diagnosticados e podem ser reconhecidos juridicamente como pessoas acometidas por transtorno mental. Essa constatação possibilita a exclusão de culpabilidade do agente, o qual não será submetido a uma pena, mas a uma medida de segurança – que tem como função declarada o tratamento supostamente curativo e a reinserção do transtornado mental na sociedade.

No que pertine às modalidades, o artigo 96 do Estatuto Repressor Pátrio define as espécies de medida de segurança: “internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado e sujeição a tratamento

¹ Íntegra do Decreto nº 1.132, de 1903. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 09 out. 2017.

² Art. 26 do CP: “É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

ambulatorial”. O artigo 97, do mesmo diploma legal, por sua vez, dispõe que se o crime for punido com detenção, o juiz poderá submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Todavia, a jurisprudência entende que tudo irá depender da análise do caso concreto feita pelo juiz, que terá a faculdade de optar pelo tratamento *mais eficaz ao transtornado mental, não importando se o crime é punido com detenção ou reclusão*. Nesse sentido, o art. 4º da Lei nº 10.216/2001 dispõe que a internação dar-se-á apenas quando os recursos extra-hospitalares não puderem atingir o mesmo fim, uma vez que a internação pode figurar-se como desnecessária³.

Tem-se, nesse aspecto, o primeiro ponto em que a jurisprudência delinea os parâmetros de cumprimento desse instituto, porquanto, a respeito do local de cumprimento da internação, é pacífica a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que, na falta de vagas em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, o transtornado mental submetido à medida de segurança de internação deve cumprir o regime de tratamento ambulatorial, até que surja vaga em estabelecimento adequado à sua condição⁴.

De fato, tal entendimento coaduna-se com o princípio da razoabilidade e proporcionalidade, porquanto a sentença de absolvição imprópria possui, em tese, exatamente o objetivo de que o transtornado mental não fique encarcerado nos moldes dos demais presos e passe por um tratamento curativo. Submetê-lo ao cumprimento da sentença nos presídios comuns, é contradizer abertamente o discurso declarado da medida de segurança. Na prática, contudo, esse entendimento serve para, em poucos casos,

³ Art. 4º do CP “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

⁴ Sobre o assunto: HC 211.750/SP, Rel. Ministro Vasco Della, sexta turma, julgado em 11/10/2011, DJe 26/10/2011; HC 190.705/SP, Rel. Ministro Haroldo Rodrigues (Desembargador convocado do TJ/CE), sexta turma, julgado em 17/03/2011, DJe 18/04/20; HC 207.019/SP, Rel. Ministro Gilson Dip., quinta turma, julgado em 18/08/2011, DJe 31/08/2011.

indenizar o tempo que ficou em lugar indevido e não para afastá-lo dessa situação.

Vale ressaltar, que se aplicam às medidas de segurança, todas as causas extintivas da punibilidade previstas na legislação. Para cálculo da prescrição é utilizada sempre a pena máxima cominada ao fato delitivo.

3.2 A periculosidade como subterfúgio para segregar

A noção de periculosidade é carregada de subjetividades, utilizada pela lei e pela doutrina, através de uma manipulação estratégica, como um pressuposto para aplicação da medida de segurança, juntamente com a prática do crime e a comprovação de imputabilidade ou semi-imputabilidade penal, para justificar esse tipo de punição.

Traduz-se, geralmente, periculosidade como a probabilidade de o sujeito praticar crimes, de fazer o mal, de ser violento e descumprir as normas. Esse conceito está intrinsecamente ligado à ideia de risco, “representado por circunstâncias que prenunciam um mal para alguém, ou para alguma coisa, resultando ameaça, medo ou temor à sociedade” (FERRARI, 2001, p. 153).

Funda-se assim a lógica de que o transtorno mental que acomete o sujeito, o levará a praticar novos crimes, ensejando a medida de segurança como a forma apropriada para coibir essas práticas.

Ora, esse juízo de possibilidades realizado abstratamente sob o transtorno psíquico e sob o fato criminoso, transparece a noção de que se teme mais o transtornado mental do que o sujeito denominado “normal”, pelo simples fato de possuir essa condição, como se isso assegurasse, de alguma forma, a ocorrência de um injusto penal.

A (des)assistência ao interno, constataadamente, se reflete na crise penitenciária que se agravou nos últimos anos e nos elevados índices de reincidência. O processo de tratamento terapêutico deve

ser iniciado tão logo a pessoa em sofrimento mental ingresse no Sistema Penal, e deve se estender, inclusive, após o cumprimento a desinternação, haja vista o indelével estigma dos que passaram pelo sistema penal e possuem sofrimento mental.

Acerca da estigmatização do egresso, Goffman observa que:

A estigmatização daqueles que têm maus antecedentes morais pode, nitidamente, funcionar como um meio de controle social formal; a estigmatização de membros de certos grupos raciais, religiosos ou étnicos tem funcionado, aparentemente, como um meio de afastar essas minorias de diversas vias de competição; e a desvalorização daqueles que têm desfigurações físicas pode, talvez, ser interpretada como uma contribuição à necessidade de restrição à escolha do par (2008, p. 149-150).

Rauter afirma que “a noção de periculosidade está indissociavelmente ligada a certo exercício de futurologia pseudocientífica” (1997, p. 71), isso feito através da manobra realizada em cima do conceito de “risco”, abrangendo inúmeras situações imprecisas e subjetivas, arraigado em si a expectativa, o medo, a probabilidade e possibilidade da ocorrência do injusto penal, atribuindo sempre a autores definidos o estereótipo de perigoso, alicerçado no subterfúgio de defesa e controle social.

A Criminologia Positivista situou esse potencial de periculosidade social no coração do próprio Direito Penal, utilizando-se da “pena” como meio de defesa social, com fins socialmente úteis, quais sejam, recuperar ou neutralizar o considerado “anormal”. Souto esclarece de que forma ocorre esse fenômeno:

O trabalho exigido pelo Direito inverte a ordem rotineira das investigações psiquiátricas: não se trata da averiguação de crime cometido por indivíduo, já anteriormente conhecido como doente mental, mas sim, na maioria dos casos, da investigação da existência de doença mental em virtude do cometimento de crime (já que o incidente de insanidade só é possível porque pesa sob o indivíduo um processo criminal). O perito, ao realizar o exame

psiquiátrico, pressupõe como culpado um sujeito pela prática de um fato delituoso do qual a materialidade e a imputabilidade não foram ainda juridicamente comprovadas (2007, p. 579).

A “psiquiatrização” da decisão judicial é mais um aliado a fim de alicerçar uma medida de segurança leviana. A delegação da motivação da decisão ao perito faz com que a punição saia da esfera do direito para adentrar na esfera médica, realizada sobre julgamentos morais e pré-concebidos acerca da vida do sujeito. Ora, a questão do transtorno mental é, antes de tudo, uma questão de saúde pública.

A exclusão social é fracionada entre juízos secundários, passando pelo crivo do perito psiquiátrico, psicólogo, assistentes sociais, todos em conjunto a fim de elaborar uma etiqueta psicologicamente desviante para justificar o discurso da punição ressocializadora e curativa.

3.2.1 O caso Ximenes Lopes x Brasil

Trata-se de um marco histórico, dentro do contexto brasileiro, de rompimento com o modelo de internações de transtornados mentais nas instituições totais.

Damião Ximenes Lopes, pessoa em sofrimento mental, foi internado na Casa de Repouso Guararapes, clínica psiquiátrica particular vinculada ao sistema público de saúde, na cidade de Sobral/CE, em 1 de outubro de 1999, através do SUS. No dia seguinte, apresentava-se “calmo, desorientado, confuso” e nenhuma medicação lhe foi prescrita nesse dia (OEA, 2006, p.4) Nos dois dias seguintes, constam no relatório médico episódios de agressividade e contenção física. Em 4 de outubro de 1999, durante a visita familiar, a mãe de Damião o encontrou no seguinte estado:

Sangrando, com hematomas, com a roupa rasgada, sujo e cheirando a excremento, com as mãos amarradas para trás, com dificuldade para respirar, agonizante e gritando e pedindo socorro

à polícia. Continuava submetido à contenção física que lhe havia sido aplicada desde a noite anterior, já apresentava escoriações e feridas e pôde caminhar sem a adequada supervisão. Posteriormente, um auxiliar de enfermagem o deitou em uma cama, da qual caiu. Então o deitaram num colchonete no chão. (OEA, 2006, p. 10).

Nesse mesmo dia, às 11h30, Damião Ximenes Lopes faleceu, sem que lhe fosse prestada nenhuma ajuda médica. Esse poderia ser apenas mais um dos casos de crueldade ocorridos dentro dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil. Todavia, a esperança de justiça para família veio no plano internacional de proteção ao Direitos Humanos.

Em outubro de 2002, após constatada inércia do Estado Brasileiro, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos aprovou o relatório de admissibilidade da denúncia que narrava o fato.

Em setembro de 2004, a Comissão decidiu submeter o caso à apreciação da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Audiência pública foi em 1 de dezembro de 2005, na qual o Estado Brasileiro reconheceu os maus-tratos de que Damião foi vítima antes da morte, em violação aos artigos 4.1 E 5.1, 5.2, 8.1 e 25.1 da Convenção Americana de Direitos Humanos⁵.

⁵ Convenção Americana sobre Direitos Humanos: Artigo 4.1: 1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente. Artigo 5.1 1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral. Artigo 5.2 Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada da liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano. Artigo 8.1 Toda pessoa tem direito a ser ouvida, com as devidas garantias e dentro de um prazo razoável, por um juiz ou tribunal competente, independente e imparcial, estabelecido anteriormente por lei, na apuração de qualquer acusação penal formulada contra ela, ou para que se determinem seus direitos ou obrigações de natureza civil, trabalhista, fiscal ou de qualquer outra natureza. Artigo 25.1 Toda pessoa tem direito a um recurso simples e rápido ou a qualquer outro recurso efetivo, perante os juízes ou tribunais competentes, que a proteja contra atos que violem seus direitos fundamentais reconhecidos pela constituição, pela lei ou pela presente Convenção, mesmo quando tal violação seja cometida por pessoas que estejam atuando no exercício de suas funções oficiais.

A sentença foi prolatada em 04 de julho de 2006, quando a Corte considerou que a responsabilidade estatal por violações aos direitos humanos pode ocorrer de forma omissiva ou passiva, bem assim reconheceu o dever do Estado em assegurar tratamento médico adequado às pessoas em sofrimento mental, uma vez que o direito à vida protegido na Convenção desemboca no dever do Estado de adotar medidas para dissuadir qualquer ameaça a ele. Nesse sentido:

O Estado violou, em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes, tal como o reconheceu, os direitos à vida e à integridade pessoal consagrados nos artigos 4.1 e 5.1 e 5.2 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 119 a 150 da presente Sentença. 3. O Estado violou, em detrimento das senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda e dos senhores Francisco Leopoldino Lopes e Cosme Ximenes Lopes, familiares do senhor Damião Ximenes Lopes, o direito à integridade pessoal consagrado no artigo 5 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 155 a 163 da presente Sentença. 4. O Estado violou, em detrimento das senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda, familiares do senhor Damião Ximenes Lopes, os direitos às garantias judiciais e à proteção judicial consagrados nos artigos 8.1 e 25.1 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 170 a 206 da presente Sentença. O Estado deve continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos nesta Sentença, nos termos do parágrafo 250 da presente Sentença. (OEA, 2006, p. 98)

Ademais, segundo consignado pela própria Corte, o óbito de Damião não foi ocasionado pelo mal psíquico, não foi o transtorno

mental que o acometia que o levou à morte, mas as condições desumanas e degradantes com que foi tratado durante sua internação na Casa de Repouso dos Guararapes, nos seguintes termos:

O Tribunal tem por estabelecido que na Casa de Repouso Guararapes existia um contexto de violência contra as pessoas ali internadas, que estavam sob a ameaça constante de serem agredidas diretamente pelos funcionários do hospital ou de que estes não impedissem as agressões entre os pacientes, uma vez que era frequente que os funcionários não fossem capacitados para trabalhar com pessoas portadoras de deficiência mental. Os doentes se encontravam sujeitos a violência também quando seu estado de saúde se tornava crítico, já que a contenção física e o controle de pacientes que entravam em crise eram muitas vezes realizados com a ajuda de outros pacientes. A violência, no entanto, não era o único obstáculo para a recuperação dos pacientes da Casa de Repouso Guararapes, mas também as precárias condições de manutenção, conservação e higiene, bem como da assistência médica, igualmente constituíam uma afronta à dignidade das pessoas ali internadas. Na Casa de Repouso Guararapes o armazenamento dos alimentos era inadequado; as condições higiênicas e sanitárias eram precárias, os banheiros se achavam danificados, sem chuveiro, lavatório ou cesta de lixo, e o serviço sanitário se encontrava sem cobertura nem higiene; não havia médico de plantão, o atendimento médico aos pacientes era frequentemente prestado na recepção do hospital e algumas vezes não havia medicação (OEA, 2006, p. 105).

Lamentavelmente, a situação narrada não é uma exceção na história dos manicômios brasileiros, contudo, foi a primeira condenação do Brasil no sistema interamericano de Direitos Humanos. A condenação foi emblemática não só em enfatizar a necessidade de um julgamento célere e justo, mas também de incitar a necessidade de fortalecimento do debate acerca da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial no Brasil.

Considerações metodológicas

A presente pesquisa, vinculada à linha de pesquisa em Direito e Instituições do Sistema de Justiça do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Maranhão, constitui-se em um estudo de caso da aplicação e da fiscalização das medidas de segurança impostas na comarca de Imperatriz/MA, através do método descritivo e avaliativo da conduta do Poder Judiciário e Poder Executivo frente a esses casos. Analisou-se, inicialmente, os processos ativos na Vara de Execuções Penais da Comarca de Imperatriz/MA, sistematizando cada um dos casos para traçar um perfil da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e, posteriormente, a partir dos dados colhidos nos processos, avaliou-se a forma de cumprimento da respectiva medida de segurança, através de parâmetros como: local de cumprimento, estrutura, tempo de duração, fiscalização e a aparato fornecido pelo Poder Executivo.

Para tanto, também foi necessário traçar um arcabouço teórico a fim de discutir os temas que permeiam a discussão acerca do instituto da medida de segurança, como a formulação da loucura ao longo da história, a criminalização da doença e as teorias criminológicas que analisam o tema.

A proposta metodológica teve por objetivo, portanto, descortinar a aplicação das medidas de segurança na Comarca de Imperatriz/MA, traçando o perfil dos processos ativos sobre o tema na Vara de Execuções Penais da Comarca e avaliando, ainda, de que forma o Poder Executivo propicia a execução de tais medidas.

O caminho metodológico percorrido foi, através do estudo de caso da cidade de Imperatriz/MA, o levantamento bibliográfico do pensamento crítico a respeito do tema, em seguida o levantamento de dados secundários através dos processos de medida de segurança perante a Vara de Execuções Penais da comarca de Imperatriz/MA, entrevistas semiestruturadas com os informantes chaves (Juiz da Vara de Execução Penal, Diretores do Presídio de Imperatriz/MA e dos CAPS), observação sistemática e, por fim, tratamento dos dados de maneira qualitativa analisando a condição do aparelhamento oferecido pelo Poder Executivo para as medidas de segurança, bem como de maneira quantitativa com gráficos estatísticos sobre os pontos chaves, esclarecendo a partir de uma visão contextualizada os principais problemas enfrentados pelos transtornados mentais submetidos à medida de segurança na referida comarca.

Portanto, duas etapas se correlacionaram concomitantemente no decorrer da pesquisa: o levantamento bibliográfico e o campo empírico, através da colheita e análise dos dados, utilizando os procedimentos metodológicos a seguir delineados.

4.1 Abordagem

A abordagem do presente projeto é quanti-qualitativa, com o escopo de possibilitar uma visão abrangente de todas as facetas do problema a ser trabalhado. Nesse sentido, cada espectro do mundo social pode ser melhor trabalho com alguns métodos específicos, as abordagens quantitativa e qualitativa, apesar de intrinsecamente diferentes, se complementam a fim de fornecer uma perspectiva geral do assunto. Conforme Minayo:

A relação entre quantitativo e qualitativo [...] não pode ser pensada como oposição Contraditória [...] é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais 'concretos' e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa (1993, p. 34).

A importância da organização quantitativa dos dados, revelou-se na possibilidade de representação da realidade temporal observada. A partir da esquematização gráfica e numérica dos processos, tornou-se evidente o perfil dos sujeitos objetos das medidas de segurança na Comarca de Imperatriz/MA e, a partir de então, foi possível fazer induções teóricas e análise do objeto de estudo que não são quantificáveis através de medições numéricas, possibilitando a integração de ambos os enfoques de pesquisa.

Corroborando com tal ideia Giddens destaca que “a pesquisa pode ser feita pelo método misto quantitativo e qualitativo de modo a obter uma compreensão e explicação mais ampla do tema estudado” (2012, p.21). Assim, com o fim estratégico de enriquecer a análise a ser feita, mister a combinação das duas abordagens.

A vertente teórico-metodológica a ser utilizada será a jurídico-sociológica porquanto a pesquisa busca compreender o fenômeno jurídico como variável que depende da sociedade, segundo o conceito trazido por Miracy Gustin e Maria Dias (2002). Para tal, serão analisadas as multifaces do problema através da observação sobre eficácia, efetividade, eficiência, das relações entre Direito e Controle Social, no que pertine a aplicação das medidas de segurança.

4.2 Procedimentos metodológicos

4.2.1 Estudo de Caso

O método de estudo de caso consiste em uma investigação empírica de modo a abranger dados concretos e relações no encaixe dessa realidade, de maneira qualitativa ou quantitativa, podendo os casos ser únicos ou múltiplos (Yin, 1984).

Dessa maneira, foi analisado o caso da cidade de Imperatriz/MA, por ser revelador, dado que tem por objeto evidenciar uma situação até então desconhecida da prática científica

(YIN, 1984), porquanto não há relatos de pesquisas ou dados concretos no que concerne à aplicação das medidas de segurança naquela cidade, razão pela qual a constatação de como se dá o aparelhamento estatal para cumprimento de tais medidas, bem como os fenômenos adjacentes a ela, trouxe à tona a situação de seres humanos até então invisibilizados na seara penal.

Nesse sentido, tal procedimento metodológico consiste, segundo Yin, em:

Uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência (1984, p.23).

Destarte, distingue-se esse método da análise histórica e do simples levantamento de dados, em que pese a pesquisa recorra a ambos os procedimentos com o intuito de aperfeiçoamento dos resultados. Portanto, através de um estudo completo através do caso da cidade de Imperatriz/MA, poderão ser consideradas hipóteses e perspectivas exemplificativas de aprimoramento da prática que podem, inclusive, ser expandidas para outras comarcas.

4.2.2 Campo de Estudo

Segundo Minayo (1994), as pesquisas de abordagem qualitativa são intrinsecamente relacionadas com o trabalho de campo, assumindo essa fase da pesquisa importância primordial para os resultados, veja-se:

O trabalho de campo consiste em levar para a prática empírica a construção teórica elaborada na primeira etapa. Essa fase combina instrumentos de observação, entrevistas ou outras modalidades de comunicação e interlocução com os pesquisados, levantamento de material documental e outros. Ela realiza um momento relacional e prático de fundamental importância exploratória, de

confirmação e refutação de hipóteses e de construção de teoria (1994, p.35).

Destarte, o recorte do campo empírico a ser trabalhado e a maneira mais adequada de fazê-lo devem ser planejados de modo a possibilitar a interação do pesquisador com o objeto de estudo, bem como o confronto da análise da realidade com os pressupostos da pesquisa.

Os procedimentos metodológicos que guiaram o trabalho de campo foram os seguintes: análise documental, observação sistemática e entrevistas semiestruturadas

4.2.3 Análise documental

Para contemplar o enfoque quantitativo da pesquisa a coleta inicial dos dados se deu através do procedimento de levantamento de dados secundários na Vara de Execução Penal da Comarca de Imperatriz/MA, que forneceu, por meio digital, todos os processos ativos de medida de segurança, naquela comarca.

Segundo Helder, “A técnica documental vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor. [...] é uma das técnicas decisivas para a pesquisa em ciências sociais e humanas” (2006, p. 1-2). A relevância da análise desses documentos se revela prioritariamente por seu caráter inédito, são dados e documentos jamais analisados e tratados por um pesquisador, permitindo a valoração e exposição de temáticas inéditas no âmbito da pesquisa.

Nessa etapa da pesquisa, portanto, foram analisados todo os processos de medida de segurança em trâmite perante a Vara de Execuções Penais, totalizando 14 (quatorze) processos distintos¹. Frisa-se que alguns desses processos foram unificados no momento da execução da pena, tendo em vista a necessidade de unificação no

¹ A lista completa e a categorização dos processos estão especificados no capítulo seguinte.

seu cumprimento, nos termos do art. 111 da Lei de Execuções Penais².

Diante dessas informações, cada processo foi minuciosamente lido, separado e sistematizado com as informações mais relevantes a fim de revelar a situação de cumprimento e fiscalização das medidas de segurança.

Ressalta-se, ainda, que algumas medidas de segurança de pessoas com transtornos mentais que cometeram crime na cidade de Imperatriz/MA são executadas e fiscalizadas pelas Varas de Execução Penal da comarca de São Luís/MA, tendo em vista que no interior do estado não existe um Hospital de Custódia ou local adequado para cumprimento de medida e segurança do tipo internação. Portanto, todos os processos das Varas Criminais da comarca de Imperatriz/MA que foram sentenciados com internação em medida de segurança, tem sua execução transferidas para as Varas de Execução Penal da capital do Estado e, portanto, não se enquadram no objeto da presente pesquisa.

4.2.4 Observação sistemática

A técnica de observação do campo tem por escopo captar as informações que não foram efetivamente dadas, mas que podem ser captadas através da inserção do pesquisador no campo. Nesse sentido, Minayo:

O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelecer uma interação com os "atores" que conformam a realidade e assim constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social (1993, p. 34)

² LEP, art. 111: "Quando houver condenação por mais de um crime, no mesmo processo ou em processos distintos, a determinação do regime de cumprimento será feita pelo resultado da soma ou unificação das penas, observada, quando for o caso, a detração ou remição.

Parágrafo único. Sobrevindo condenação no curso da execução, somar-se-á a pena ao restante da que está sendo cumprida, para determinação do regime".

Os locais escolhidos como campo empírico de coleta de dados primários e análise de casos concretos, foram a Vara de Execução Penal da Comarca de Imperatriz/MA, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II e CAPS III, Central de Custódia de Preso de Justiça de Imperatriz/MA e Secretaria Municipal de Saúde, tendo em vista a cogente indigência de estudos estatísticos e empíricos na realidade social local para obter dados reais e novos conhecimentos a respeito da problemática. Levando em consideração o objeto da presente pesquisa, a observação se fez imprescindível para possibilitar confrontar os dados secundários oferecidos pelos órgãos estatais, bem como os dados colhidos durante as entrevistas, com a práxis e a vivência dessas instituições.

Nessa perspectiva, para registro desses dados, utilizou-se na presente pesquisa as anotações em diário de campo, com registro detalhado e preciso dos dias e horários de visitas nos referidos locais, anotando a descrição da situação observada.

4.2.5 Entrevistas semiestruturadas

O método de coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas consiste na formulação de perguntas fechadas e abertas, para que o entrevistado possa discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada.

A entrevista, como procedimento metodológico de coleta de dados, foi empregada a partir de um roteiro de perguntas abertas (Apêndices 1 e 2) na obtenção de dados qualitativos e quantitativos para alimentar a pesquisa, a partir do livre consentimento dos envolvidos.

4.2.6 Sujeitos envolvidos e delimitação temporal da pesquisa

Os sujeitos entrevistados foram escolhidos por ser informantes-chave na questão abordada, foram eles: magistrado da

Vara de Execuções Penal da comarca de Imperatriz/MA, assistente social do CAPS III, diretor da CCPJ e membros da equipe da EAP em Imperatriz/MA. Conforme recomendado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os entrevistados foram esclarecidos e advertidos do tema da presente pesquisa e por questões éticas foi garantido o anonimato dos mesmos.

No que pertine aos sujeitos pesquisados, é evidente que a importância dos agentes atuantes na rede de execução de controle das medidas de segurança é intrínseca à problemática estudada.

Quanto aos sujeitos envolvidos por serem objeto dos processos de medida de segurança considerados, ressalta-se que foi garantido o anonimato durante todo o decorrer da pesquisa, cingindo-se a avaliação a uma apreciação externa e imparcial das contingências envolvidas em cada processo, sob uma perspectiva científica, não interferindo na privacidade dos mesmos.

4.2.7 Análise dos dados

A partir dos processos fornecidos, passou-se, então, para a terceira etapa da pesquisa, segundo a classificação de Minayo:

A terceira etapa, diz respeito ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto ou com outras leituras teóricas e interpretativas cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo. Podemos subdividir esse momento em três tipos de procedimento: (a) ordenação dos dados; (b) classificação dos dados; (e) análise propriamente dita. O tratamento do material nos conduz a uma busca da lógica peculiar e interna do grupo que estamos analisando, sendo esta a construção fundamental do pesquisador. Ou seja, análise qualitativa não é uma mera classificação de opinião dos informantes, é muito mais. É a descoberta de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações. A busca da compreensão e da interpretação à luz da teoria aporta uma contribuição singular e contextualizada do pesquisador (1994, p. 34).

Para tanto, foi realizada a seleção, análise, codificação e tabulação dos dados. Cada um dos processos é um caso específico, necessitando ser avaliado em seus aspectos particulares, posto que cada um deles teve sua relevância para caracterizar a situação enfrentada pelas pessoas em sofrimento mental na comarca de Imperatriz/MA. Os dados fornecidos pelos processos foram também categorizados e tabulados em tabelas e gráficos para facilitar a caracterização dos sujeitos submetidos à medida de segurança.

Portanto, além de traçar o perfil da pessoa em sofrimento mental que adentra na esfera do Sistema Penal dentro do campo pesquisado, cada uma dessas histórias foi analisada qualitativamente, descrevendo a maneira como se deu o crime, desvelando dados e informações latentes no processo a fim de revelar uma parte subjetiva do fenômeno social que não pode ser quantificada.

O capítulo seguinte consiste na etapa mais importante da presente pesquisa, porquanto apresenta e discute os dados coletados segundo a metodologia ora exposta, apresentando os resultados dos procedimentos abordados a partir da discussão da situação revelada.

Apresentação e discussão dos dados colhidos

Superada a fase de discussão dos pontos mais importantes acerca da celeuma que circunda o instituto da medida de segurança, em que pese a impossibilidade de esgotar o tema, passa-se à fase seguinte, conforme proposto no presente trabalho, consistente em apresentar, caracterizar e sistematizar o estudo de caso das medidas de segurança na comarca de Imperatriz/MA.

A fim de contribuir para melhor compreensão dos dados, o presente capítulo foi dividido em subtópicos, separados através dos procedimentos metodológicos adotados, conforme explicitado no capítulo anterior.

Primeiramente, portanto, serão apresentados e analisados os processos de medida de segurança em trâmite perante a Vara de Execuções Penais da Comarca de Imperatriz/MA. Essa fase inicial, por sua vez, se subdividiu em duas etapas, a saber: 1) ordenação das informações mais relevantes acerca de cada processo e de cada pessoa em sofrimento mental envolvida nas lides, através das seguintes categorias: sexo, idade, crime cometido, doença informada no processo, grau de escolaridade e naturalidade e; 2) descrição e problematização propriamente dita de cada uma das histórias envolvidas nos processos, discutindo e correlacionando com os pontos controversos sobre a temática do crime e da loucura.

Posteriormente, serão apresentados e analisados os dados das entrevistas semiestruturadas realizadas com assistente social do Centro de Atenção Psicossocial III, juiz da Vara de Execuções Penais de Imperatriz/MA e diretor Unidade Prisional de Ressocialização de

Imperatriz/MA, evidenciando a visão dos informantes-chaves sobre a problemática.

Por fim, serão relatados os dados relativos à observação sistemática com registro no diário de bordo, realizada no CAPS III e UPRI de Imperatriz/MA, para discutir e correlacionar as divergências de informações encontradas e, assim, analisar de que forma o Poder Executivo propicia a execução das medidas de segurança na cidade de Imperatriz/MA.

5.1 Problematização dos processos

A fim de compreender os casos de medida de segurança da comarca de Imperatriz/MA, realizou-se solicitação, no dia 11 de outubro de 2017, perante a Vara de Execuções Penais para que disponibilizasse os processos cujo objeto das execuções fosse a referida medida, para análise e categorização dos dados. Prontamente, o juiz titular da vara determinou que um servidor acompanhasse a pesquisadora e organizasse os processos.

O sistema adotado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão na referida comarca, é o sistema de peticionamento eletrônico – PJE, pelo qual todos os documentos processuais que antes eram físicos, são digitalizados e ficam catalogados no sistema virtual, sendo que o próprio sistema indica qual o tipo de execução ali cumprida, possibilitando a rápida identificação dos processos que envolvem medida de segurança. Esse modelo facilitou o acesso da pesquisadora aos autos, pois o servidor designado organizou os documentos dos processos e disponibilizou por meio digital.

Foram disponibilizados, portanto, os documentos referentes à 14 (quatorze) pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, alguns deles com mais de uma guia de execução penal. Devido ao grande volume processual, alguns dos casos não foram repassados em sua integralidade, mas tão somente os documentos principais. Dessa maneira, foi possível colher os dados que seguem abaixo, identificando a história de cada processo, bem como categorizando

as informações principais como: idade, sexo, grau de escolaridade, tipo penal, situação processual.

É de máxima importância ressaltar, ainda, que em que pese os processos serem públicos, o nome dos pacientes foi protegido durante a presente análise de dados, por questões éticas. Foram utilizadas as primeiras 14 (quatorze) letras do alfabeto em substituição aos reais nomes, a título de organização e clareza dos dados, da seguinte maneira:

Quadro 3 - Relação nome do paciente e número do processo analisados

PACIENTE	NÚMERO DO PROCESSO	CLASSE PROCESSUAL
A	0012840-74.2015.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA
B	0025150-54.2011.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA
C	0015520-61.2017.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA
D	0010640-26.2017.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA
E	0030890-80.2017.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA
F	0000680-85.2013.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA
G	0010140-96.2013.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA
H	0029450-49.2017.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA
I	0026460-85.2017.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA
J	0024000-28.2017.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA
L	0014800-31.2016.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA
M	0022940-88.2015.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA
N	0005010-86.2017.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA
O	0001114-05.2011.810.0224	11399 - EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA

5.1.1 Processo paciente ‘A’

Em 10 de setembro de 2002, “A” foi denunciado, aos 21 anos de idade, por tentativa de homicídio contra a irmã de 3 (três) anos de idade na época dos fatos. Segundo dados contidos na denúncia, a irmã teria pedido para que o paciente fechasse a porta da casa e ao invés de atender à solicitação da vítima, “A” abriu ainda mais a porta, pegou uma mão de pilão de madeira e golpeou a cabeça da vítima, a qual foi socorrida por outras irmãs. Descreve os fatos o depoimento da irmã mais velha do acusado, presente no momento do crime, veja-se:

Por volta de dez e meia, estavam arrumando a casa e seu irmão também se fazia presente, contudo ele estava muito ruim pois estava sem tomar o comprimido e estava perturbado. Que sua irmã pediu que ele se levantasse da cama e ele foi para o outro quarto. Que o acusado acertou uma mão de pilão de pisar arroz no ouvido de sua irmã (...). Que na época dos fatos o acusado fazia uso de remédios controlados, e já havia sido internado. Que ele vive internado na clínica, que ele vai e volta. Que a família já sabia que ele tinha problemas. (...) Que sua irmã passou umas três semanas no hospital. Que a única sequela que a criança teve foi no crescimento. Que no momento em que o acusado bateu na vítima, sua outra irmã gritou e isso fez com que ele se assustasse e não agredisse mais. Que os vizinhos queriam linchar o acusado e só não conseguiram porque a polícia chegou e o levou. Narrou ainda que o acusado faz tratamento até hoje, e que depois desse fato não aconteceu mais nenhum incidente. Que antes dos fatos o acusado tentou matar seu pai com uma arma. Que ainda hoje o acusado faz uso de drogas, como maconha e álcool (2002, p. 166).

Durante a colheita de provas no processo, testemunhas confirmaram que antes do fato ele já fazia tratamento psiquiátrico e estava sem tomar os medicamentos. Por ocasião da investigação criminal, a própria família relatou que “A” sofria de transtorno mental anterior. Essa versão foi confirmada por meio do Laudo Psiquiátrico constante no processo, o qual conclui que “A” é

portador de Esquizofrenia Paranoide e Psicose por uso drogas, sendo incapaz de entender o caráter ilícito do crime que cometeu, sugerindo, tratamento ambulatorial¹. Baseado nessas informações, o membro do Ministério Público requereu absolvição sumária com aplicação de medida de segurança.

Onze anos e sete meses após a denúncia, foi proferida sentença, em 17 de abril de 2012, absolvendo o réu e determinando internação no Hospital Nina Rodrigues, localizado na cidade de São Luís/MA, por prazo indeterminado, devendo ser submetido à perícia ao final do terceiro ano de internação.

Nessa etapa, inferem-se duas celeumas no presente caso: 1) o grande lapso temporal decorrido da denúncia até a sentença e; 2) a imposição de medida de segurança do tipo internação, quando o *expert* indica tratamento ambulatorial.

Quanto ao segundo problema identificado, mister mencionar que a defesa do paciente interpôs Apelação Criminal perante o Tribunal de Justiça do Maranhão objetivando que a medida de segurança imposta fosse do tipo tratamento ambulatorial, conforme sugeriu o laudo pericial. Contudo, referido recurso foi julgado improcedente pelo TJ/MA.

Seguem os documentos processuais informando que no 06 de dezembro de 2012 fugiu do hospital conforme e foi recapturado no dia 08 do mesmo mês pela Polícia Militar².

Seguindo com a análise do processo, no 05 de julho de 2016 há despacho do Juiz da Vara de Execuções Penal da Comarca de Imperatriz/MA, determinando que o apenado seja encaminhado ao CAPS III, onde deverá permanecer recolhido por 15 (quinze) dias e que caso esse serviço emita diagnóstico que o paciente carece de tratamento pelo Hospital Nina Rodrigues em São Luís, já resta autorizada sua transferência.

¹ Informações que podem ser localizadas nas fls. 109/111 do processo.

² Ofício nº 405/HNR/2012

Posteriormente, em 25 de julho de 2016, há um Relatório Multiprofissional da EAP de Imperatriz/MA encaminhado ao juiz da Vara de Execuções Penais. No referido documento, restou consignado que o usuário esteve em acolhimento desde o dia 14 de julho de 2016, sendo atendido por equipe multiprofissional em atendimento diurno/noturno. No dia 15 seguinte, evadiu-se por volta das 20 horas, com suspeita de que tenha pulado o muro que dá acesso para a rua.

No dia 18 do mesmo mês a equipe conseguiu contado com a família e o paciente retornou ao CAPS. Contudo, no dia 19 de julho de 2016, fugiu novamente do local, sendo “recapturado” no dia 22 de julho de 2016.

No dia 24 de julho de 2016 agrediu um paciente do CAPS e ameaçou de morte toda a equipe caso não o deixassem sair, ocasião em que fugiu do local. A equipe concluiu que todas as tentativas de acolhimento e tratamento foram realizadas sem sucesso devido à falta de adesão do paciente ao Projeto Terapêutico, informando que naquela unidade não existe possibilidade de tratamento e indicando tratamento no Hospital Nina Rodrigues. O relatório demonstra sinais de surto no paciente.

Esse parece um caso de insucesso do programa terapêutico, o que revela certa discrepância entre a teoria e a prática de uma rede integrada e interinstitucional de apoio e acompanhamento desse paciente fora das instituições totais, conforme prescreve o movimento antimanicomial. Apesar de inserido nessa rede, através da desinternação do paciente e acompanhamento no CAPS, algo desviou do proposto na teoria, posto que a própria rede de atendimento recomendou a reinternação desse paciente.

Outra controvérsia evidente no caso é a relação entre a autonomia da vontade do paciente e o tratamento realizado. Em princípio, segundo pode-se inferir dos laudos, o insucesso do tratamento deveu-se “à falta de adesão do paciente ao projeto terapêutico”, nesse sentido, veja-se:

No contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira e da implantação de centros assistenciais abertos, Santos e colaboradores² consideram que a autonomia é importante do ponto de vista da resolubilidade do serviço, pois se acredita que a melhora do usuário advém do maior grau possível de autonomia, possibilitada pela nova abordagem antinosocomial. Conforme essa abordagem não é o sujeito que deve se adequar à proposta clínica, mas, ao contrário, é o serviço que deve ser capaz de absorver as demandas específicas dos usuários, o que exige as mais diversas táticas (ALMEIDA, 2010, p.7).

Ora, a autonomia do paciente está diretamente ligada à dignidade dele enquanto ser humano e, ainda na condição de pessoa com a capacidade cognitiva comprometida, devendo ser respeitada a fim de evitar a submissão involuntária a tratamentos desumanos. No presente caso, não houve adesão ao tratamento que seria o mais humano possível, razão pela qual infere-se que houve falha na rede de atenção em absorver essa demanda específica e criar mecanismos que possibilitassem a inserção desse paciente no programa terapêutico longe de instituição de internação total.

5.1.2 Processo paciente “B”

Trata-se de um caso singular, posto que esse paciente em sofrimento mental cometeu crimes por diversas vezes. Portanto, o processo que ora tramita na Vara de Execuções Penais de Imperatriz/MA é resultado da junção das três guias de execução penal.

A primeira guia diz respeito a um processo criminal pela conduta tipificada no art. 12 da Lei 10.826/2003³, de posse ilegal de arma de fogo, crime pelo qual foi denunciado em 24 de setembro de 2007. Em 30 de abril de 2008 foi prolatada sentença nesses autos,

³ A Lei nº 10.826 de 22 de Dezembro de 2003 dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas (Sinarm), define crimes e dá outras providências. Art. 12. Possuir ou manter sob sua guarda arma de fogo, acessório ou munição, de uso permitido, em desacordo com determinação legal ou regulamentar, no interior de sua residência ou dependência desta, ou, ainda no seu local de trabalho, desde que seja o titular ou o responsável legal do estabelecimento ou empresa: Pena - detenção, de um a três anos, e multa.

absolvendo impropriamente o réu e determinando tratamento ambulatorial no CAPS II.

Em 30 de julho de 2009 foi efetuado novo laudo psiquiátrico constatando que o paciente tem surto psicótico desde os 15 anos de idade. A partir dos 18 anos iniciou o consumo de drogas e álcool, intensificando os surtos e os sintomas de desordem mental. “Por várias vezes esteve internado em hospital psiquiátrico com consequente redução do quadro. Após as internações torna-se arredio ao uso de medicação em casa e volta ao consumo de drogas o que propicia o ressurgimento de novos surtos” (2007, p. 28). A conclusão do laudo assevera que:

[...] paciente é portador de doença mental de natureza psicótica agravada pelo abuso de álcool e drogas que exacerba sua periculosidade. Necessidade de tratamento psiquiátrico em regime ambulatorial permanente e intensivo em CAPS e se necessário, internação em Hospital Psiquiátrico durante os surtos psicóticos agudos (2007, p.29)

Esses foram os documentos referentes ao primeiro processo. No segundo caso, o paciente foi denunciado em 27 de outubro de 2006 pelos crimes tipificados no art. 14 da Lei 10.826/03⁴, art. 16 da lei 6.368/76⁵ e art. 329 do CP⁶. Em 14 de novembro de 2006,

⁴ Art. 14. Portar, deter, adquirir, fornecer, receber, ter em depósito, transportar, ceder, ainda que gratuitamente, emprestar, remeter, empregar, manter sob guarda ou ocultar arma de fogo, acessório ou munição, de uso permitido, sem autorização e em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena - reclusão, de dois a quatro anos, e multa. Parágrafo único. O crime previsto neste artigo é inafiançável, salvo quando a arma de fogo estiver registrada em nome do agente.

⁵ Lei nº 6.368 de 21 de Outubro de 1976 (Revogada pela Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências). Art. 16. Adquirir, guardar ou trazer consigo, para o uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena - Detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de (vinte) a 50 (cinquenta) dias-multa.

⁶ Art. 329 - Opor-se à execução de ato legal, mediante violência ou ameaça a funcionário competente para executá-lo ou a quem lhe esteja prestando auxílio:

durante a instrução criminal houve interrogatório do réu no qual informou que “é portador de distúrbio mental, sentindo agonia e descontrole emocional, que só passa quando remédio controlado prescrito por psiquiatra” (2007, p.16-17).

No referido processo, a sentença exarada em 18 de maio de 2007 foi de procedência, condenando o réu a prestação de serviços à comunidade. Em 03 de outubro de 2007, há ofício Central de Custódia de Presos de Justiça CCPJ/Imperatriz, informando a suspeita de distúrbios psiquiátricos, devido a crises apresentadas pelo preso, levado ao Hospital Municipal de Imperatriz para aplicação de medicamentos e, por fim, solicitando a internação em clínica psiquiátrica.

No dia 26 de agosto de 2009 há outro ofício da CCPJ informando que determinados presos daquela unidade estão sendo ameaçados pelo paciente do presente processo, o qual apresenta comportamento agressivo e agitado, viciado em drogas, apresentado risco para os demais presos e para si mesmo, uma vez que os demais já se armaram para se proteger de possível agressão praticada.

Posteriormente, o Ministério Público solicitou a unificação das medidas de segurança. Pela natureza do delito e a pena a qual foi imputada, a pena foi convertida em medida de segurança do tipo tratamento ambulatorial.

A irmã do paciente compareceu ao Ministério Público informando que o mesmo estava agressivo, correndo atrás de sua mãe, vendendo tudo o que tinha na mercearia que fica próxima à residência, e sendo eventualmente internado no Hospital NAISI⁷.

Pena - detenção, de dois meses a dois anos.

§ 1º - Se o ato, em razão da resistência, não se executa:

Pena - reclusão, de um a três anos.

§ 2º - As penas deste artigo são aplicáveis sem prejuízo das correspondentes à violência.

⁷ O hospital psiquiátrico denominado Núcleo de Atenção Integrada em Saúde de Imperatriz/MA (NAISI) foi fechado no ano de 2011 por estar em desacordo com os ditames da Lei Federal nº 10.216/2001.

O MP, então, solicitou a conversão em medida de segurança do tipo internação. Contudo, ante a inexistência de vagas, o paciente foi encaminhado para o Hospital Nina Rodrigues e em 19 de dezembro de 2012 recebeu alta médica.

Quanto ao terceiro crime cometido, o paciente foi denunciado em agosto de 2009 pelo crime tipificado no art. 157 do CP⁸ praticado contra a genitora. Por esse processo, tendo em vista o laudo emitido nos demais, foi relaxada sua prisão e determinada sua internação no Hospital NAISI em dezembro de 2009. Posteriormente, há novo laudo diagnosticando esquizofrenia paranoide e transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas e álcool (CID 10 F20.0 + F.10.9 + F10.9). A sentença em 23 de maio de 2011 determinou a aplicação da medida de segurança do tipo tratamento ambulatorial pelo prazo mínimo de 1 ano.

Denunciado pelo crime previsto no art. 121, §2º, II e IV do CP⁹. Pronunciado em 08 de maio de 2005, em julho a defesa requereu a instauração do Incidente de Insanidade Mental, o que foi deferido em 20 de novembro de 2011, concluindo que “o apenado é psicótico e tem sintomas de natureza esquizofrênica. Tem história de internações psiquiátricas, além de ser dependente químico. Esta dependência provavelmente está relacionada com a própria doença esquizofrênica. Necessita de tratamento psiquiátrico permanente” (2011, p. 4).

Em 04 de agosto de 2016, foi realizado relatório de acompanhamento mental, no qual ficou constatado que o paciente:

⁸ Art. 157 - Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência:

Pena - reclusão, de quatro a dez anos, e multa.

⁹ Art. 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

§ 2º Se o homicídio é cometido:

II - por motivo fútil;

IV - à traição, de emboscada, ou mediante dissimulação ou outro recurso que dificulte ou torne impossível a defesa do ofendido;

(...) permanece em constante melhora do quadro, não ofertando no momento riscos para si ou para outros. É prestativo, sempre receptivo ao diálogo, porém é uma pessoa muito reservada e de poucas palavras ajuda nas atividades internas em conjunto com demais usuários e não se recusa a cumprir seu plano de tratamento (2016, p. 32).

Novembro de 2016 novo relatório mensal de acompanhamento informando que:

(...) permanece com quadro estabilizado, não apresenta sintomas psicóticos, agressividade ou qualquer alteração negativa no comportamento. A locomoção permanece sendo realizada por sua irmã, que ao final de cada dia de seu tratamento realiza sua busca sem falta ou atraso. (...) Continua tendo como fatores característicos, a descrição de uma pessoa calma, receptiva, participante das atividades propostas com frequência, apresenta-se com boa solicitação com os demais usuários, fatores esses que são potentes dentro do que se espera como prognóstico diante do tratamento que vem sendo realizado de forma articulada com outros e pensando em outros fatores de sua vida que não sejam apenas ligados a sua patologia (2016, p. 47).

O paciente “B” foi apresentado pessoalmente à pesquisadora na visita realizada no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III, no dia 01 de novembro de 2017. Na oportunidade, “B” encontrava-se jogando dominó com outros pacientes e com funcionários do local, apresentava aparência tranquila e concentrada no jogo. Mesmo conhecendo o histórico de crimes, foi possível observar que a equipe tratava o paciente com bastante carinho, bem como a assistente social entrevistada informou que ele apresenta bom comportamento, sem histórico de agressividade.

A história desse paciente é significativa para demonstrar que os ditames previstos pelo movimento antimanicomial podem ser eficazes para recuperar tais pacientes de forma humana e integrativa.

5.1.3 Processo paciente “C”

Há no presente caso uma evidente falha de integração entre o Sistema Penal e o Sistema de Saúde. Trata-se de um paciente que cometeu diversos crimes, sendo o último deles no ano de 2011 e, muito embora diagnosticado com transtorno mental e como pessoa que apresenta “risco” ao convívio social, está fora do âmbito de controle do Poder Judiciário, Ministério Público e Sistema de Saúde, pois o paradeiro do mesmo é desconhecido.

Referido paciente foi denunciado pelo crime de furto em dezembro de 2011. Nos antecedentes criminais do paciente constam processos por tentativa de estupro, roubo e ameaça. Durante o trâmite processual, foi realizado laudo psiquiátrico cujo diagnóstico foi transtorno mental orgânico (F 06.9) e retardo mental grave (F 72.1), no referido documento ficou consignado que o paciente:

[...] nasceu de parto complicado com sinais de sofrimento cerebral e sequelas: surdez, mutismo, redução da capacidade intelectual, crises de agitação, agressividades com frequência. Uma internação no Naisi por 18 dias. Surdo-mudo. Oferece risco ao convívio familiar e sociais, violento nas crises. Transtorno permanente decorrente do parto” (2011, p. 127).

A sentença foi exarada no ano de 2013, determinando a aplicação de medida de segurança do tipo internação pelo período mínimo de um ano. Ocorre que, decorrido vários anos da sentença, não havia nos autos, notícias sobre o paradeiro do paciente, razão pela qual o magistrado determinou que fosse realizada busca nesse sentido. O resultado encontrado até a data de entrega dos processos foi que o paciente não se encontra preso em nenhuma unidade prisional, bem como ainda não iniciou o cumprimento da medida de segurança. Posteriormente, há um parecer do MP solicitando providências para imediata aplicação da medida de segurança do

tipo internação e um despacho do juiz determinando uma busca juntos aos sistemas judiciais de outras ações em nome do paciente.

O caso foi sentenciado antes da criação da EAP, responsável pela elaboração do Plano Terapêutico e acompanhamento do paciente, esse fator revela a fragilidade do sistema e a importância da criação dessas equipes, mormente no que concerne ao acompanhamento e localização dos pacientes, porquanto a incerteza sobre o paradeiro de “C” significa um risco para sua própria saúde, uma vez que muito possivelmente não realiza qualquer tratamento para sua enfermidade.

5.1.4 Processo paciente “D”

Foi denunciado no dia 27 de maio de 2008, por ter invadido a casa da vítima, praticado crime de estupro e logo após ter matado a vítima. A sentença foi exarada em 16 de junho de 2014 determinando a aplicação de medida de segurança, com a imediata internação do paciente no Hospital Nina Rodrigues por prazo indeterminado, devendo ser submetido à perícia médica no final do terceiro ano de internação.

Seguindo na análise dos documentos fornecidos, há uma certidão judicial informando que o paciente realiza tratamento médico psiquiátrico junto ao CAPS da cidade de Itapecuru/mirim. No mesmo documento a mãe do paciente solicitou que seu filho não fosse internado no Hospital Nina Rodrigues em São Luís/MA, uma vez que não tem condições financeira de se deslocar até a cidade para visita-lo. O MP requereu que fosse oficiado o CAPS para averiguar a situação na qual se encontra o paciente, bem como para que seja submetido à perícia médica e que a execução seja transferida para aquela localidade.

Pelos documentos fornecidos, não foi possível constatar o motivo pelo qual o paciente não iniciou o cumprimento da medida no local determinado, fato que corrobora a necessidade de elaboração de uma estratégia para que o Poder Judiciário e o

Ministério Público tenham maior gerência sobre a localização do paciente durante o trâmite processual e, notadamente, entre a data da sentença e o efetivo início do cumprimento da medida de segurança.

5.1.5 Processo paciente “E”

O paciente foi denunciado em 15 de abril de 2013 denunciado pela conduta tipificada no art. 121, §2º, II e IV CP¹⁰, por ter golpeado com faca a vítima até a morte, segundo relatos da denúncia o crime teria sido motivado por desentendimento no trabalho.

A sentença de pronúncia ao júri popular foi exarada no ano de 2014. Durante o trâmite processual, o paciente ficou meses em isolamento na UPRI até ser solicitado o exame de sanidade mental em 2015.

O processo estava aguardando a data para sessão plenária do júri popular, quando a Defensoria Pública, responsável pela defesa, foi informada de dúvida quanto à integridade mental do paciente, através do ofício da equipe interdisciplinar da UPRI cujas informações são as seguintes:

O interno desde sua inserção nesta unidade tem apresentado comportamento permeado com discursos incongruentes, dificultando a distinção entre as experiências reais e imaginárias, com supostos prejuízos no pensamento lógico, bem como dificuldade para adequação nas relações interpessoais com conduta cognitivo-comportamental oscilante” “meses de isolamento do reeducando na UPRI em decorrência das alterações comportamentais negativas repentinas do mesmo, razão de preocupação, em caso de sofrimento psiquiátrico, culminará no aumento da sintomatologia, caso existente ou possível desencadeamento de sintomas psíquicos em decorrência da condicionalidade momentaneamente exposta (2016, p. 28).

¹⁰ Exposto em nota de rodapé anterior.

Então, foi determinada a elaboração de laudo psiquiátrico realizado em março de 2016 com o seguinte diagnóstico:

HISTÓRIA CRIMINAL – A mãe relata que há mais ou menos 2 anos apresentou grande agressividade contra o irmão e uma irmã, tendo golpeado a faca os dois irmãos, sem qualquer motivo aparente, não tendo sido preso neste episódio. Há mais ou menos um ano matou um homem a facadas após discussão de trabalho, quando foi preso. HISTÓRIA CLÍNICA – segundo relato da mãe, o mesmo apresentou mudança de comportamento aos 21 anos, ficando agressivo, agitado, após uma briga com irmãos e foi internado no Hospital Nina Rodrigues, onde foi medicado, porém apresentou diversas crises com diversas internações psiquiátricas, sem aderir ao tratamento e com uso irregular da medicação. CONCLUSÃO – paciente esquizofrênico, sem crítica sobre sua doença, não reconhece necessidade de tratamento ou uso de medicação o que agrava seu estado e condução do caso. Deve permanecer em tratamento intensivo – setembro de 2014. Esquizofrenia paranoide f.20 (2016, p. 7).

Após o Laudo, há decisão absolvendo o paciente e encaminhando para o Hospital Nina Rodrigues em março 2017. Há informações de que “E” encontra-se internado no referido hospital, razão pela qual há petição, pendente de análise quando do fornecimento dos documentos processuais, solicitando a transferência da execução para São Luís/MA.

5.1.6 Processo paciente “F”

O paciente foi denunciado em 12 de janeiro de 2002, por ter estuprado uma mulher. O primeiro laudo psiquiátrico realizado durante a instrução criminal não foi fornecido. Todavia, segundo informações constantes na sentença, naquela ocasião foi atestado pelo médico psiquiatra que o paciente é portador de deficiência mental, psicose orgânica e transtorno de personalidade tipo impulsivo, que há alienação mental durante episódio de reagudização e prescreve tratamento ambulatorial a ser realizado no

CAPS, com avaliação mental mensal, por, no mínimo 6 (seis) meses e, se for necessário, internação em Hospital Psiquiátrico.

Em 05 de novembro de 2003 há sentença, considerando-o semi-imputável, determinando assim tratamento ambulatorial no CAPS pelo prazo mínimo de um ano e, caso seja necessário, a internação em manicômio judicial no Hospital Nina Rodrigues, pelo prazo de 2 anos ou até restabelecimento completo do denunciado.

Na sequência cronológica, o próximo documento fornecido é um laudo psiquiátrico de janeiro de 2004, informando que: “O paciente apresentou significativa receptividade ao tratamento mostrando-se com dificuldades na integração, socialização e afetividade, porém expressando desejo e vontade de trabalhar” (2004, p. 10).

Mensalmente os laudos psiquiátricos repetiram as mesmas informações até 13 de julho de 2004, em que o laudo informou “o paciente apresenta melhora significativamente do quadro, mas reflete pontadas na cabeça. Foi aconselhado sobre sua reinserção social, trabalho e estudo.” Em setembro do mesmo ano, outro laudo apontou melhoras na integração afetiva e socialização, bem como que o paciente está trabalhando de auxiliar de pedreiro há um mês.

Em dezembro de 2004, o médico psiquiatra atestou que:

(...) o paciente terminou o serviço onde trabalhava e manifestou o desejo de ir morar em outra cidade. Foi aconselhado a continuar o tratamento psicoterápico. O mesmo está sujeito a praticar o mesmo delito, devendo continuar fazendo tratamento (2004, p. 176).

Em 13 de junho de 2005 o médico psiquiatra atestou que “o apenado apresenta alto grau de periculosidade porque o ato ilícito cometido tem tendência a se repetir em série”. Nesse ínterim foi preso na UPRI, pois cometeu novo crime de estupro, tendo sido exarada sentença que transitou em julgado em 12 de fevereiro de 2008, condenando-o a 12 anos de reclusão em regime inicialmente fechado, pelo referido crime.

Ora, anos antes do cometimento desse crime, o paciente já havia adentrado na esfera do sistema penal e através de laudo psiquiátrico foi considerado portador de transtorno mental, semi-imputável, sendo necessário a imposição de medida de segurança. Contudo, quando novamente praticou o crime, mesmo durante o cumprimento da medida de segurança, com diversos documentos médicos informando a “tendência” do crime se repetir, não foi considerado transtornado mental, em processo que tramitou concomitantemente, porém, em Vara Criminal diferente, sendo sentenciado a uma pena normal.

Houve, no presente caso, uma falha clara de comunicabilidade entre as Varas Criminais da Comarca de Imperatriz/MA, pois, simultaneamente o paciente foi considerado transtornado mental em um processo e, portanto, absolvido sumariamente, enquanto que foi condenado a uma pena privativa de liberdade nos outros autos, no mesmo período.

Em 28 de setembro de 2006, há ofício da UPRI informando que o paciente fugiu através de um buraco feito na parede juntamente com outros detentos. A partir de então, o paciente foi considerado foragido.

Em 12 de dezembro de 2006 foi expedido mandado de internação a ser cumprido no Hospital Nina Rodrigues. Não há nos documentos fornecidos elementos acerca desse mandado para informar se o mesmo realmente chegou a ser cumprido.

Contudo, decorrido um grande lapso temporal, em 22 de fevereiro de 2011 há informações de que o paciente novamente foi preso e encaminhado a UPRI em face de mandado de prisão preventiva em aberto. Preso novamente, ficou na UPRI sem tratamento até o ano 2013 quando a Defensoria Pública localizou o processo de medida de segurança e requereu a unificação das penas.

Ora, se houvesse uma intercomunicação de informações nas Varas Criminais, possivelmente seria verificada a existência de medida de segurança e de diversos laudos acerca do transtorno mental que acomete o paciente e este não teria ficado tantos anos

preso e sem tratamento, o que possivelmente agravou o seu estado mental.

Seguindo na movimentação processual da execução penal, há laudo em junho 2016 considerando o paciente portador de perturbação mental chamada transtorno de personalidade antissocial (CID/10 F60.2), diagnóstico atribuído à pessoas conhecidas como psicopatas e sociopatas, sendo recomendado psicoterapia. Nessa época ele se encontrava preso na delegacia regional de Imperatriz/MA.

O plano de alta realizado pela EAP em 12 de fevereiro de 2016 revela que:

O apenado encontra-se preso na UPRI (unidade prisional de ressocialização de imperatriz”) (...) em perícia médica o apenado foi diagnosticado ser portador de CID 10 F 60.2 (Personalidade Dissocial), que se caracteriza por atitudes disfuncionais, desprezo das obrigações sociais, falta de empatia para com os outros, porém existe capacidade total de entendimento. Nesse caso, não há tratamento médico ou psicológico que modifique esse comportamento. Conclusão final. A Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas aplicáveis a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei está de acordo com o laudo psiquiátrico. Sendo assim, sugerimos que Jardel pereira pinheiro continue cumprindo sua pena em regime fechado, não sendo necessária sua internação em hospital psiquiátrico. Caso venha a sofrer outros adoecimentos dentro da UPRI, o mesmo poderá ser encaminhado a rede de saúde disponibilizado pelo município (2016, p. 17).

Outro fator revelador das complexidades envolvidas nesses casos, é um documento processual de abril de 2017, assinado por psicóloga que consignou:

(...) deixo a critério da justiça as medidas cabíveis ao caso, haja vista a necessidade da emissão de atual laudo médico e/ou outros instrumentos que possam comprovar a existência de periculosidade ou não por parte do supramencionado (2017, p.11).

Vê-se, ademais, quão delicados são casos como esse, constata-se que em processos mais complicados até mesmo os profissionais da área da saúde se esquivam de um diagnóstico fechado diante da dificuldade do caso concreto.

Diversos pedidos de progressão de regime e saída temporária foram indeferidos posteriormente em razão das informações prestadas nos laudos médicos.

5.1.7 Processo paciente “G”

O paciente “G” possui duas condenações no ano de 2007, pelos crimes previstos nos artigos 14 da lei 10826/03¹¹ e art. 157, §2º, I e II, CP¹². A soma das penas somente foi realizada em setembro em 2009 totalizando 8 (oito) anos e 4 (quatro) meses de reclusão.

Nos documentos que compõe a Guia de Execução Penal existe uma carta do preso informando ser portador de transtorno mental e solicitando realizar tratamento. Então foi realizado laudo psiquiátrico em 27 de novembro de 2007 esclarecendo que:

Paciente desde 1996 há vem em tratamento psiquiátrico na clínica psiquiátrica de imperatriz com várias internações em crise psicótica (agitação, confusão mental, alucinações e heteroagressividade). A mãe relata que o paciente passou a apresentar um comportamento estranho, com tendência ao isolamento, evitando se relacionar com as pessoas, sem compreender nada, com momentos de agitação, confusão mental, falando e deambulando sem parar e sem conseguir dormir. O

¹¹ Exposto em nota de rodapé anterior.

¹² Art. 157 - Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência:

Pena - reclusão, de quatro a dez anos, e multa.

§ 2º - A pena aumenta-se de um terço até metade:

I - se a violência ou ameaça é exercida com emprego de arma;

II - se há o concurso de duas ou mais pessoas;

paciente vem fazendo uso continuado de vários medicamentos. (...) Conclusão: Baseando-se no presente exame podemos afirmar que o paciente apresenta patologia psiquiátrica do tipo CID F 20.0 F 06.8. Transtorno psiquiátrico de curso crônico. Recidivas frequentes do quadro clínico. Evolução e prognóstico desfavorável. Necessita controle evolutivo mental – tratamento continuado (2007, p. 4).

Os documentos fornecidos por meio digital são confusos e não seguem uma ordem cronológica. Todavia, foi possível constatar que há solicitação de tratamento mental realizado pela defesa em setembro de 2009, corroborado com laudos particulares detectando que desde 1996 o paciente faz tratamento psiquiátrico com várias internações, pois é portador de esquizofrenia paranoide (CID F.20 e F.06.8).

Somente em 14 de outubro de 2010 foi realizado exame psiquiátrico no incidente de insanidade mental instaurado no processo. Mais de um ano após a solicitação. Nesse interregno, diversos pedidos de saída temporária e progressão de regime foram efetuados, tendo sido indeferido por conta da suspensão processual pela suspeita de transtorno mental.

No laudo constam as seguintes informações “Periciando portador de transtorno psiquiátrico denominado transtorno mental orgânico (CID 10 F06.9).” Contudo, referido laudo foi omissivo na questão do tratamento a ser adotado, solicitado pelo MP e defensoria que sanasse a irregularidade, laudo complementar somente foi emitido em janeiro de 2011: “Quanto ao tratamento recomendado para o periciando sugerimos que seja ambulatorial e intensivo em CAPS II”.

Somente em março de 2011 há decisão substituindo a pena privativa de liberdade por medida de segurança na modalidade tratamento ambulatorial no CAPS II, conforme sugerido em laudo pericial, com a conseqüente expedição de alvará de soltura.

Contudo, em 01 de novembro de 2011 consta nos autos nova prisão em flagrante pelo crime do art. 288 do CP¹³ e art. 14 da lei 10.826/2003¹⁴. Em setembro de 2016 houve notícias de que cumpre prisão domiciliar desde 19 de dezembro de 2014 seguido de vários atestados de boa conduta carcerária. Pelas informações dos autos, pode-se inferir que na data do fornecimento dos documentos, o paciente encontrava-se em prisão domiciliar com tratamento no CAPS.

Nesse processo, um grande imbróglgio foi a demora em realizar a marcação de laudo psiquiátrico e consultas médicas pela rede pública de saúde. De setembro de 2009 – data da solicitação de tratamento mental - até março de 2011 – data da sentença que determinou a medida de segurança – decorreu 1 (um) ano e 6 (seis) meses, em que o paciente permaneceu preso sem nenhum tratamento para o seu quadro.

Inferese, no presente caso, que o grande lapso temporal decorreu deficiência apresentada pelo Sistema de Saúde que por diversas vezes foi oficiado para realização de consulta psiquiátrica, justificando a impossibilidade de fazê-lo pela ausência de vagas ou profissionais.

5.1.8 Processo paciente “H”

No ano 2010, o paciente foi denunciado por ter estuprado a sua enteada, que na época da consumação do primeiro crime contava com onze anos de idade. Segundo a denúncia, a partir do primeiro crime, ele manteve relações sexuais quase que diárias com a menor e chegou a ter dois filhos com ela. A rotina de abusos

¹³ Art. 288. Associarem-se 3 (três) ou mais pessoas, para o fim específico de cometer crimes: (Redação dada pela Lei nº 12.850, de 2013) (Vigência)

Pena - reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos.

¹⁴ Exposto em nota de rodapé anterior.

sexuais e violência psicológica permaneceu por mais de 6 seis anos, sendo que a última relação teria acontecido em 5 de abril de 2010.

O fato só chegou ao conhecimento das autoridades porque pessoas da comunidade resolveram denunciar os abusos sofridos pela vítima por meio de uma carta anônima a um programa de televisão.

Segundo o laudo psiquiátrico:

03 - Histórico Clínico

Segundo a mãe do periciando ele é surdo-mudo teve dificuldades de aprendizado, sofreu convulsões na infância e tem períodos de irritabilidade quando pressionado ou contrariado. Tem dificuldades de aprendizado, não se alfabetizou, mal conhece dinheiro e só faz trabalhos domésticos rudes.

04- Antecedentes Pessoais e Familiares:

Nascido de parto domiciliar sem assistência médica e sem complicações importantes. Desde os primeiros anos notou-se que era surdo-mudo o que dificultou seu desenvolvimento neuropsicomotor e suas relações interpessoais. Convulsões na infância.

Pais vivos sem consanguinidade e sem doenças mentais. É de prole de vários irmãos, sendo uma irmã deficiente mental.

05 - Exame psiquiátrico:

Periciando apresenta-se sem cuidados pessoais adequados e pouco interage à entrevista. Sinais evidentes de redução do nível de inteligência e da capacidade crítica. Plano cognitivo comprometido. Juízo crítico reduzido.

06 - Diagnóstico:

Transtorno mental orgânico (CID 10: Fo6.9) e retardo mental moderado (CID 10 F71.1)

07 - Conclusão:

Periciando portador de doença mental com retardo mental moderado e, portanto, incapaz de entender a ilicitude do ato praticado (2010, p. 54).

A sentença foi proferida em 9 de dezembro 2014 aplicando medida de segurança, do tipo tratamento ambulatorial a ser cumprido no CAPS, pelo prazo de um ano. Para elucidar as

particularidades desse caso, porquanto situações análogas se repetem diuturnamente, em que crianças e adolescentes são estuprados por parentes próximos, veja-se o depoimento da mãe da vítima e, após, da própria vítima:

A mãe da vítima afirmou que quando as relações sexuais entre acusado e vítima começaram, esta era menor de quatorze anos, e que ela tem três filhos com ele, e que ela tem três filhos com ele, e não sabia do relacionamento entre os dois e nunca desconfiou de nada, o primeiro filho da vítima, a depoente registrou como sendo seu filho, pois o acusado não queria registrar e hoje ele tem seis anos é o mais velho e o mais novo tem cinco anos; a depoente não confirmou trecho do seu depoimento em delegacia de que teria flagrado acusado e vítima tendo relações sexuais, bem como o fato do acusado ameaçar a vítima de coloca-la para fora de casa; a depoente disse que o acusado tem problemas mentais a muito tempo e toma remédio controlado; a depoente disse que sua filha também tem problemas na cabeça, e concluiu dizendo que até a depoente também tem fortes de cabeça (2014, p.6).

A vítima afirmou que não foi estupro e que manteve relações sexuais com o acusado de forma consentida; que isso começou quando tinha doze anos de idade, e moravam juntos na mesma casa, pois ele era seu padrasto; que tem três filhos com o acusado, o mais velho tem sete anos, e o segundo tem cinco anos; que na época da denúncia estava ruim da cabeça, com sentimentos muito ruim, quase sem pensar, que o réu não lhe ameaçava, a vítima disse que agiu sem pensar; que aos doze anos teve o primeiro filho e o segundo com treze anos, e o terceiro com vinte e três anos; que a proposta de manter relações sexuais partiu do acusado, a depoente disse que tem problemas mentais, que não tem outro companheiro, que não mora com o acusado; a depoente mora com os filhos e o acusado com a mãe dele, que ele paga pensão alimentícia aos filhos e lhe ajuda; que não mantém relações sexuais com o acusado, que deixou de manter a muito tempo; que ele registrou todos os filhos; a depoente disse que sua mãe é companheira do acusado, mas não diz nada, mas também não aceita (2014, p.7).

Em outubro de 2017, parecer do MP dando conta de que não há informações sobre o início do tratamento ambulatorial e solicitando que seja intimado para que comprove o tratamento ambulatorial, sob pena de mandado de internação. Na data da entrega dos documentos, o processo encontrava-se concluso para o juiz.

Quando da realização da entrevista junto à EAP, foi informado que, em relação ao paciente, “O”, a equipe havia recebido o ofício da VEP muito recentemente e a tentativa de localização do paciente no endereço fornecido restou frustrada. Todavia, informaram também que é possível que ele já tenha iniciado o cumprimento da medida de segurança.

5.1.9 Processo paciente “I”

Trata-se de um caso excepcional, em que o processo criminal é muito antigo, com denúncia realizada em 07 de janeiro de 1991, em documento datilografado, quase ilegível, em que consta informações de que o paciente teria assassinado sua companheira em 25 de novembro de 1990 (art. 121, § 2º, II, CP¹⁵).

Sentença em 22 de setembro de 1997, mencionando incidente de insanidade mental no qual foi comprovado “desvios psíquicos anteriores à data de infração, necessitando de assistência médica especializada”. Em seguida, menciona que o réu é portador de psicose epiléptica, razão pela qual impôs medida de segurança pelo prazo de um ano.

Aproximadamente dois anos depois, em 07 de dezembro de 1999, há parecer ministerial informando que o paciente não deu início ao cumprimento da medida de segurança e solicitando a conversão do tratamento ambulatorial em internação.

Decisão de 14 de setembro de 2001 com as seguintes informações:

¹⁵ Exposto em nota de rodapé anterior.

[...] agente revela incompatibilidade com o tratamento ambulatorial, tendo em vista que a descumpriu e mudou-se sem deixar endereço, constituindo-se essa conduta em risco para si e para a comunidade por ser portador de doença mental. Com arrimo no art. 184 da LEP e de acordo com o Ministério Público, converto a medida de segurança em internação no Hospital Nina Rodrigues, pelo prazo de um ano (2001, p.74).

Em 03 de junho 2011, decisão determinando a busca de informações sobre o paradeiro do acusado, pois as últimas informações dele no processo são de 05/12/2007. Somente em 21 de fevereiro de 2013, foi realizado o laudo psiquiátrico atestando:

02 – Histórico Criminal:

Periciando que sofreu convulsões na infância e passou a ter na vida adulta episódios de comportamento bizarro com ideias sem nexos e de fundo persecutório. Assassinou sua companheira com uma faca, sem motivo aparente, movido por pensamentos delirantes de ciúme. Consta que após o crime não se evadiu do local. (...)

06 – Conclusão:

Periciando portador de doença mental crônica, de natureza neuropsiquiátrica, que o torna incapaz para os atos a vida civil. Quanto à periculosidade, os peritos concluem que por ser uma doença mental crônica e não ter havido um tratamento com a regularidade necessária, não houve a cessação da referida periculosidade, necessitando, portanto, de tratamento intensivo no CAPS III (2013, p. 21)

O MP requereu a conversão do tratamento ambulatorial em internação em hospital de custódia, o que foi deferido em de 16 de setembro de 2013 determinando a internação no Hospital Nina Rodrigues.

Todavia, a Defensoria Pública elaborou petição rememorando a necessidade de acompanhamento da família para o bom sucesso do tratamento, o que poderia ser impossibilitado no caso de internação no hospital que fica em São Luís/MA.

A defesa rememora o fato de que o sentenciado não cometeu nenhum outro ato tipificado como crime desde a data da sentença. Se passaram quase 14 anos sem notícias de que o apenado tivesse causado algum mal à sociedade, demonstrando que a internação é medida desarrazoada. Esclarece, ainda, que a família do apenado é hipossuficiente, posto que assistido pela Defensoria Pública Estadual, e que deve haver um esclarecimento quanto ao tratamento e acompanhamento pelos familiares.

Foi realizada audiência admonitória e em seguida Plano Terapêutico Protetivo, elaborado pela equipe da EAP em 25 de novembro de 2015 informando que visitaram a casa da irmã do apenado e constataram que a família sobrevive de dois benefícios do INSS para sustentar 14 pessoas incluindo adultos e crianças, dentre esses, vários apresentam histórico de transtorno mental.

A irmã afirma que o paciente cometeu o crime por ciúmes, pois sua companheira ameaçava abandoná-lo. Confirma que, atualmente, mora sozinho e passa os dias no interior de sua casa sem estabelecer nenhum contato social. A irmã fornece alimentação diária mas o mesmo não tem iniciativa de abrir a porta e nem mesmo de acender a luz de sua casa no período noturno. A irmã relata ainda que ele ouve vozes e que nunca teve tratamento psiquiátrico contínuo. Afirma que o mesmo possui um benefício que foi administrado por seu irmão. Conta ainda que está há 6 seis meses sem uso de medicação e não frequenta o CAPS (2015, p.78).

O MP concordou com o tratamento ambulatorial. O juízo determinou o acompanhamento pela rede de saúde do município de Davinópolis/MA.

De acordo com novo relatório da EAP, o paciente iniciou o tratamento no dia 09/08/2016, porém, de todas as metas sugeridas no Plano Terapêutico, apenas o acompanhamento psiquiátrico foi realizado, a inserção da família em programas de prevenção e promoção de saúde, avaliação clínica geral e neurológica, inserção da família em programa odontológico, inserção da família em

atividade de geração de renda, de responsabilidade da UBS (Proteção básica social) de Davinópolis/MA não foi realizado. A EAP conclui então:

Plano terapêutico não está sendo executado com êxito, não foi realizada nenhuma avaliação sugerida como: odontológica, neurológica, clinica, programas de inserção da família e usuário em promoção e prevenção de saúde, acordada na reunião de construção e discursão do plano terapêutico. O paciente não mostra resistência ao acompanhamento, porem o mesmo necessita ser constantemente estimulado pela família e equipe para continuar evoluindo (2016, p.187).

Em 02 de maio de 2017 decisão questionando o acompanhamento, relatório da assistente social do TJ/MA, pormenorizado, informando a situação atual da casa, higiene, comunicação. Sugerindo providências no sentido de ampliação da assistência do município de Davinópolis/MA, pois o paciente apresenta comunicação deficiente e baixa interação social, bem como a necessidade de realizar curatela para resguardar seus direitos.

A partir de então, há diversos relatórios e acompanhamentos do caso, todos informando a deficiência do município de Davinópolis/MA em prestar a assistência devida. Esse é a maior incongruência no que pertine ao cumprimento das medidas de segurança, a insuficiência do Sistema de Saúde em fornecer o aparato necessário para o tratamento adequado.

Outra debilidade evidenciada no caso do paciente “I” diz respeito a sua condição socioeconômica, conforme informado, “I” faz parte de uma família de 14 (quatorze) pessoas que sobrevivem com 2 (dois) salários mínimos, bem com possui outros parentes com histórico de sofrimento mental. Realidades como essa, somente são passíveis de melhora através da intervenção inicial do Poder Público.

Contudo, nem mesmo “I” tendo cometido crimes e adentrado na esfera do Sistema Penal cuja atuação no tratamento pode ser

realizada de maneira coercitiva, garantiu que ele obtivesse o tratamento adequado. O que se vê na análise do processo é que decorreram 28 (vinte e oito) anos desde a data do crime sem que esse paciente tenha recebido o tratamento devido conforme os ditames da legislação vigente.

Foi informado pela EAP que o paciente tem uma boa adesão ao tratamento e já está sendo elaborado o pedido de alta do tratamento dele. Apesar de estar cumprindo o tratamento em Davinópolis/MA, por conta da escassez de recursos desse município, parte da medida de segurança é cumprida em Imperatriz/MA, dessa maneira, quando o carro responsável pelo transporte dos pacientes não está disponível, o paciente fica sem ter como se locomover até o CAPS III.

Em que pese essa debilidade encontrada no sistema, a equipe da EAP também informou que no pertine ao apoio familiar e regularidade no acompanhamento medicamentoso, o tratamento tem se mostrado eficiente para o paciente “I”, o qual tem apresentado uma evolução muito favorável, tendo em vista que no início do tratamento ele sequer se comunicava e até o dia da entrevista se mostrava bem sociável e solícito.

5.1.10 Processo paciente “J”

Trata-se de uma paciente mulher, denunciada em 05 de junho de 2009, por ter matado seu filho de 05 anos de idade, por meio de asfixia. A denúncia narra que dias antes do crime, a paciente apresentou comportamento estranho e ameaçou seu marido, tendo logo em seguida demonstrado arrependimento. Por essa razão, o marido levou a paciente para dormir na casa de sua mãe, sogra da paciente.

No dia do crime, ela pegou um táxi e foi até a residência onde ficou na companhia de seus três filhos, uma menina de seis anos, a vítima de 5 anos e um recém-nascido.

A maioria dos relatos dão conta que a paciente iniciou algum tipo de desordem mental desde a primeira gravidez, aos 15 anos de idade, e que nunca realizou tratamento médico para tal. O episódio de sofrimento mental que culminou com a morte do filho, foi desencadeado após o parto do filho mais novo, quando o marido teria batido, a título de repreensão em um de seus filhos, contra sua vontade. A partir desse episódio, narra o processo, que a paciente ficou agressiva, apresentando desordens mentais, inclusive, tendo tentando contra a vida do marido.

Há no processo laudo psiquiátrico concluindo que a paciente é portadora de esquizofrenia paranoide e que no momento da ação encontrava-se em surto agudo. A sentença foi exarada em 17 de setembro 2009 determinado a medida de segurança do tipo internação, nos hospitais de São Luís/MA.,

Em dezembro de 2009, há Relatório de Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís/MA, informando que a paciente tem condições de realizar o tratamento em CAPS, em uso constante de medicamentos e sob vigilância da família.

A mãe da paciente compareceu à secretaria judicial informando que poderia prestar toda a assistência necessária ao acompanhamento do tratamento da apenada no CAPS II, em Imperatriz. Em 22 de outubro de 2010, foi autorizada a desinternação e encaminhamento para tratamento junto ao CAPS, com determinação de envio de relatório a cada 3 meses.

Em 05 de outubro de 2011, laudo emitido pelo CAPS II informando “em relação ao quadro clínico tem-se notado uma melhora significativa, já que a paciente e a família não apresentam queixas, aceitando assim o tratamento indicado pelo médico psiquiatra.”

No relatório realizado por assistente social vinculada ao TJ/MA, percebe-se viés de preconceito com que muitas vezes as pessoas em sofrimento mental são tratadas dentro da própria família:

A mãe nos relatou brevemente a história de vida da sentenciada. Desde criança, já percebia uma lentidão no comportamento da filha, uma desatenção, que sempre foi motivo de conversa com outros familiares, que acusavam a sentenciada de ser “preguiçosa” e por isso não interagia da mesma forma que os outros filhos. Acerca do tratamento realizado pelo CAPS II, a sentenciada tem aderido ao seu projeto terapêutico, entretanto, segundo sua mãe continua ainda muito triste. A sentenciada está sendo cuidada diretamente por sua mãe, convive com sua família, que lhe prestam a atenção necessária. A situação socioeconômica permite à família viver com dignidade (2017, p.167).

Realizada audiência admonitória em 25/04/2017, na qual ficou deliberado a continuação do tratamento ambulatorial.

Quando da realização da entrevista junto à EAP, foi informado de que tiveram notícia de que a paciente “J” faleceu no mês de julho de 2017. Contudo, a família ainda não levou o atestado de óbito para a VEP.

5.1.11 Processo paciente “L”

Denunciado em 20 de setembro de 2012, por crime de roubo. Em seguida, a defesa solicitou a instauração de incidente de insanidade mental, o qual considerou o paciente inimputável à época do crime, em 5 de março de 2013 foi homologado o laudo.

Laudo que afirma que o réu possui transtorno mental orgânico e retardo mental grave. Sentença em 20 de maio de 2013, aplicando medida de segurança de tratamento ambulatorial, pelo prazo de 1 ano.

MP recorreu, acordão teve provimento para submeter o paciente a tratamento ambulatorial pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos (24 de novembro de 2015 (fls. 162/165), sendo solto em 24 de maio de 2013.

Parecer ministerial em 23 de novembro de 2016, dando conta de que o paciente não iniciou o tratamento e solicitando a intimação para comprovar o início, sob pena de internação compulsória.

O presente caso evidencia uma imprecisão do sistema. Do interregno entre a publicação da sentença e o efetivo início do cumprimento da medida de segurança, seja ela tratamento ambulatorial ou internação, não há um monitoramento efetivo nem por parte do Poder Judiciário, tampouco pelo Sistema de Saúde, a fim de propiciar que se execute o início do tratamento para o paciente em sofrimento mental.

Por ocasião da entrevista realizada junto à EAP, foi informado que a equipe está trabalhando na construção de um Plano de Alta para o paciente.

No caso sob análise, mais de 3 anos se passaram desde a sentença, sem que o paciente tenha iniciado o cumprimento da medida de segurança, o que pode gerar contratempos de diversas ordens, seja no agravamento do transtorno mental pela falta de medicamento e terapia, seja para a própria família que fica com a incumbência de resguardar o paciente, na maioria das vezes sem o conhecimento necessário para propiciar um melhor convívio, ou ainda, para a própria sociedade que fica desprotegida.

5.1.12 Processo paciente “M”

Poucos foram os documentos disponibilizados sobre esse paciente. Segundo a sentença, praticou crime de estupro de vulnerável (art. 217-A, CP¹⁶) em 29 de maio de 2010. O crime ficou comprovado pelo depoimento da vítima, de 6 anos de idade, que relatou detalhes do crime.

O laudo psiquiátrico constatou que o acusado é “detentor de inteligência e capacidade cognitiva gravemente retardados” (2012, p. 54), portador de retardo mental grave CID 10 f.70.0, considerando ainda que “o acusado possui periculosidade mínima pelo

¹⁶ Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

comportamento mental impulsivo. Consideram os médicos-peritos que o acusado representa risco mínimo, não sendo violento ou perigoso” em 13 de setembro de 2012:

03 Histórico clínico

Irmã do periciando relata que desde a infância apresentou sinais de retardamento mental, demorou a caminhar e a falar e teve convulsões entre os 3 e 11 anos. Não conseguiu se alfabetizar, não faz os mínimos cálculos, não conhece dinheiro, não consegue andar nas ruas além do quarteirão da sua casa. Mal consegue fazer tarefas domésticas rudes e sua higiene corporal (2012, p. 52).

Sentença em 12 de novembro de 2014 aplicando medida de segurança por 1 ano no CAPS. Processo seguiu com pedido de novos laudos para constatar a “periculosidade”.

Em relação a esse paciente, a EAP informou, na ocasião da entrevista, que está trabalhando na elaboração do Plano de Alta.

5.1.13 Processo paciente “N”

Denunciado em 21 de julho de 2015 por opor-se a execução de ato legal, mediante violência a funcionário competente para executá-la, art. 140¹⁷ c/c 141¹⁸ e 329¹⁹ do CP (injúria e resistência), por ter agredido sua companheira e ter oferecido resistência a sua prisão, desferindo socos e pontapés nos policiais.

Laudo psiquiátrico que apontou “transtorno mental orgânico F 06.9 produzido por traumatismo cranioencefálico em 2002, além

¹⁷ Art. 140 - Injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

¹⁸ Art. 141 - As penas cominadas neste Capítulo aumentam-se de um terço, se qualquer dos crimes é cometido:

II - contra funcionário público, em razão de suas funções;

¹⁹ Art. 329 - Opor-se à execução de ato legal, mediante violência ou ameaça a funcionário competente para executá-lo ou a quem lhe esteja prestando auxílio:

Pena - detenção, de dois meses a dois anos.

de transtorno neurológico: epilepsia convulsiva generalizada g 40.4 (2015, p.23).

Sentença em 1 de julho de 2016 aplicando medida de segurança de tratamento ambulatorial por 2 anos.

Relatório da assistente social em 10 de julho de 2017 – a mãe “relatou que ele tem 39 anos, estudou até a 5ª série do ensino fundamental, quando começou a estudar já era adolescente, entre 12 e 13 anos, mas logo interrompeu os estudos para continuar trabalhando com atividades rurais. Aos 23 anos o apenado casou-se com a vítima, o casal mudou para a cidade de São Felix do Xingu/PA, local onde trabalhou em fazendas, na lida com gado. Mesma cidade em que sofreu um acidente de moto, com traumatismo craniano”.

Por ocasião da entrevista realizada junto à EAP, foi informado que a equipe está trabalhando na construção de um Plano de Alta para o paciente.

5.1.14 Processo paciente “O”

No presente caso, há poucos documentos processuais repassados, razão pela qual a análise minuciosa das subjetividades que permeiam o histórico do paciente e da medida cumprida ficam comprometidos.

O paciente é natural do estado do Tocantins, nascido no ano de 1983 e tinha como profissão vendedor ambulante. Foi denunciado pelo Ministério Público em 26 de junho de 2006 por tentativa de homicídio, crime previsto no art. 121²⁰, c/c art. 14, II, CP²¹.

Segundo consta nos documentos fornecidos, o paciente teria matado a facadas um treinador esportivo. A razão do crime é a

²⁰ Exposto em nota de rodapé anterior.

²¹ Art. 14 - Diz-se o crime: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

II - tentado, quando, iniciada a execução, não se consuma por circunstâncias alheias à vontade do agente.

princípio desproporcional e fora da razoabilidade humana, um dos indícios que levantaram a suspeita do transtorno mental. Consta que o motivo do crime foi o fato de que a vítima levou o irmão do paciente para realizar testes em times profissionais de futebol nas cidades de Recife-PE e Teresina-PI, afastando-o do convívio familiar, o que gerou ciúmes no paciente.

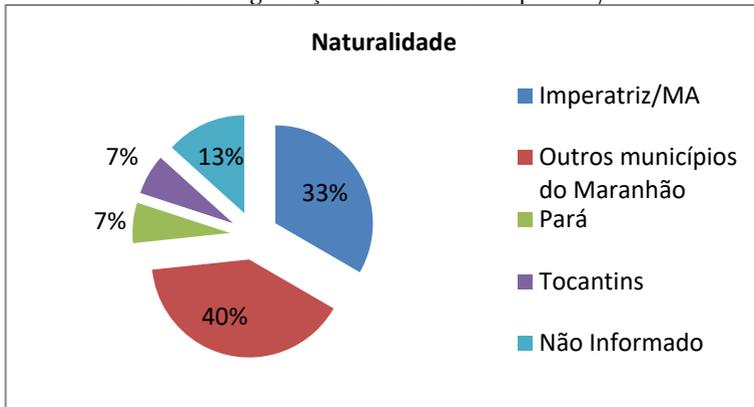
Somente em 28 de julho de 2010 foi exarada sentença no caso, aplicando medida de segurança do tipo tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de um ano. Por fim, o cumprimento da medida de segurança foi extinto pela prescrição e o processo aguarda sentença de extinção.

Por ocasião da entrevista realizada junto à EAP, foi informado que o paciente se encontra internado no Hospital Nina Rodrigues, porquanto a família não aceitava a convivência com o mesmo. Todavia, após a intervenção realizada pela equipe, a família se mostra disposta a aceitá-lo, o que deve interferir para que o paciente seja desinternado, após a elaboração do Plano de Alta.

5.2 Delineamento quantitativo do perfil da pessoa em sofrimento mental em conflito com a lei na comarca de Imperatriz/MA

Passa-se a análise dos dados, segundo o universo levantado de processos que tramitam perante a Vara de Execuções Penais da comarca de Imperatriz/MA com a classe processual denominada “medida de segurança”. A partir dos quatorze processos disponibilizados pela VEP, foram traçados os principais parâmetros para caracterizar e delinear o perfil do paciente em sofrimento mental selecionado pelo Sistema Penal.

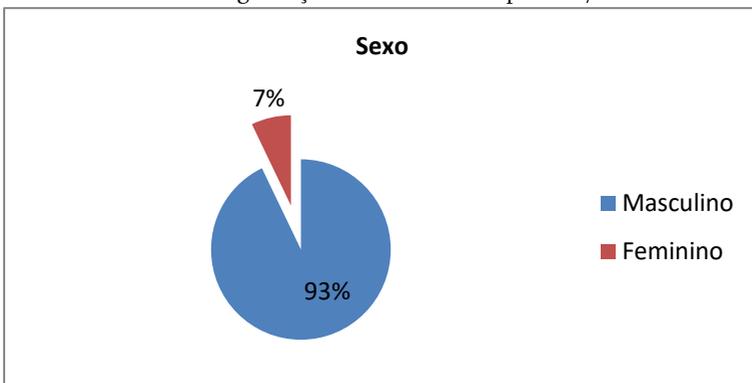
Gráfico 5 - Naturalidade dos pacientes em sofrimento mental que cumprem medida de segurança na comarca de Imperatriz/MA.



Fonte: Autora, 2018

Pode-se notar que a comarca de Imperatriz/MA, por se firmar como centro regional em diversas áreas, também cumpre esse papel indiretamente no judiciário, pois devido o tratamento a transtornados mentais ser referência na região, muitas famílias migram para a cidade e fixam residência.

Gráfico 6 - Gênero dos pacientes em sofrimento mental que cumprem medida de segurança na comarca de Imperatriz/MA.



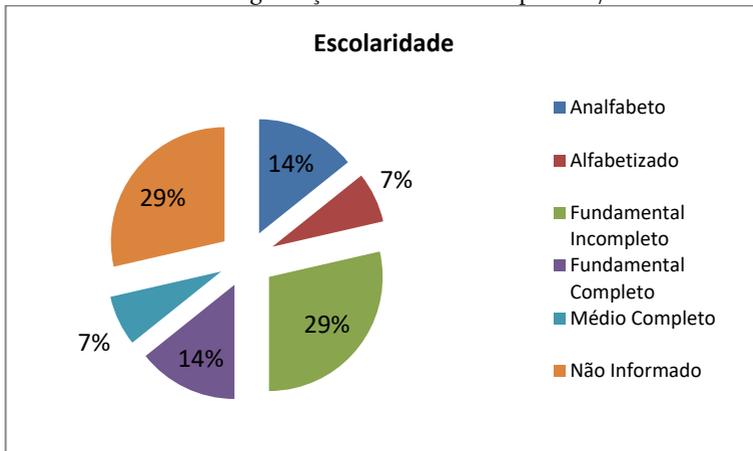
Fonte: Autora, 2018

Dentre os processos analisados, apenas um envolvia uma mulher em sofrimento mental que havia cometido crime. 93%

(noventa e três por cento) das pessoas em sofrimento mental que atingem a esfera de proteção jurídica do Sistema Penal são do sexo masculino.

A prevalência do sexo masculino em casos na comarca de Imperatriz/MA pode ser justificada pela cultura interiorana na região em que mulheres tendem a se ocupar de trabalhos domésticos, sendo-lhes reservado um lugar no ambiente doméstico, de forma que nesses casos de transtornos mentais estão menos expostas à violência, álcool e drogas.

Gráfico 7 - Escolaridade dos pacientes em sofrimento mental que cumprem medida de segurança na comarca de Imperatriz/MA.

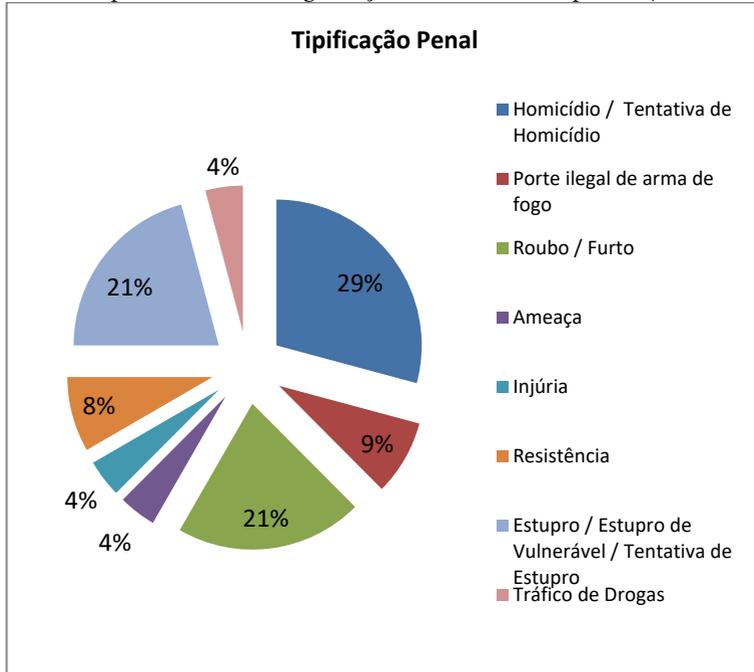


Fonte: Autora, 2018.

Como reflexo do sistema penal comum, os selecionados também figuram entre os que possuem menor grau de escolaridade, menos de 10% (dez por cento) possui o ensino médio completo. 29% (vinte e nove por cento) possuem ensino fundamental incompleto, 14% (quatorze por cento) concluíram o ensino fundamental, 7% (sete por cento) são alfabetizados e 7% (sete por cento) se consideraram analfabetos. Dentre os documentos processuais analisados, 29% (vinte e nove por cento) não informaram o grau de escolaridade.

Quanto menor o nível cultural da família, menor a compreensão da necessidade de tratamento dos transtornos mentais, de forma que sua negligência pelo simples desconhecimento por diversas vezes agrava o quadro clínico do paciente.

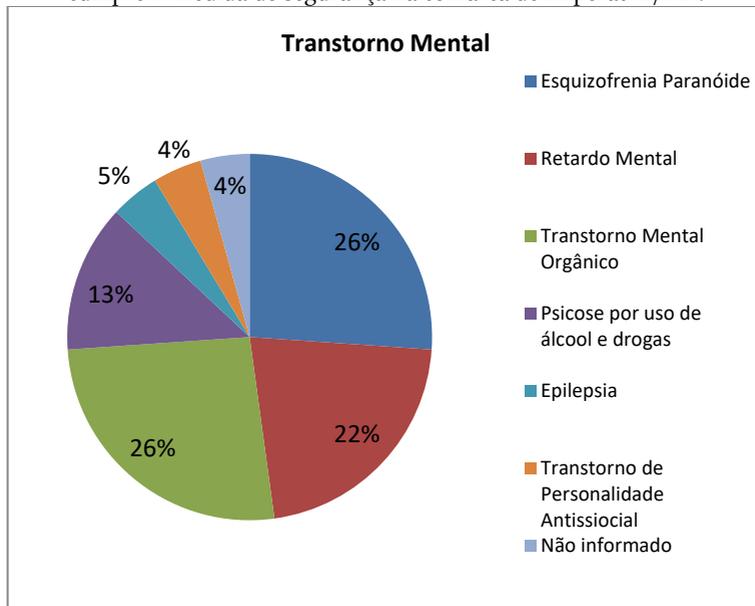
Gráfico 8 - Crimes cometidos pelos pacientes em sofrimento mental que cumprem medida de segurança na comarca de Imperatriz/MA.



Fonte: Autora, 2018

A maior incidência criminal gira em torno dos crimes contra a vida, representando quase um terço dos casos. Logo em seguida aparecem os crimes contra a liberdade sexual e contra o patrimônio, compreendido pela dificuldade de provimento do próprio transtornado ou da família com agravante da situação de vulnerabilidade social, já aqueles, pela dificuldade na gestão de relacionamentos e pela alteração de libido, característica de alguns transtornos.

Gráfico 9 - Transtornos mentais dos pacientes em sofrimento mental que cumprem medida de segurança na comarca de Imperatriz/MA.



Fonte: Autora, 2018

O transtorno mental de maior incidência nos processos analisados são a Esquizofrenia Paranóide (Cid. 10 F 20.0) juntamente com Transtorno Mental Orgânico (F 09), cada um deles com 26% (vinte e seis por cento de incidência), seguidos por Retardo Mental (F 70), transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F 19.5), Epilepsia Psicótica e Transtorno de Personalidade Antissocial.

5.3 Apresentação e análise dos resultados das entrevistas semiestruturadas

As entrevistas foram realizadas com os profissionais envolvidos nas principais instituições da comarca de Imperatriz/MA no que diz respeito ao transtorno mental dentro do Sistema Penal.

O objetivo principal foi desvelar o processo de intervenção desses atores e seus meandros de atuação desde a descoberta do transtorno mental por algum preso até o efetivo tratamento realizado no cumprimento das medidas de segurança.

Todas as entrevistas foram gravadas por meio de recurso de áudio para facilitar a captação do máximo de informações possíveis. Todos os entrevistados se mostraram dispostos e interessados em cooperar com a presente pesquisa e, após assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (vide Apêndice 3) autorizando a realização das entrevistas, disponibilizaram dados e informações importantes para o objeto de estudo.

A primeira entrevista foi realizada, no dia 01 de novembro de 2017 com assistente social do CAPS III, a qual possui experiência em rede de atendimento à saúde mental há mais de 30 (trinta) anos (vide Apêndice 1).

A primeira pergunta realizada à referida entrevistada pretendeu revelar quais são as maiores dificuldades enfrentadas ao lidar com a pessoa em sofrimento mental naquela unidade de saúde. Foi respondido que a maior dificuldade é desmistificar a ideia de que esses pacientes são naturalmente mais perigosos. De fato, a entrevista respondeu que se os profissionais não soubessem que determinados pacientes são encaminhados do Sistema Penal nem perceberiam essa diferença. Ao contrário, alguns deles são bem mais calmos que os demais pacientes. Tal fato é fruto de um preconceito muito grande de achar que o paciente com transtorno mental que cometeu crime é mais perigoso que qualquer outro ser humano.

Esse fator, também foi evidenciado pela entrevistada no seguinte ponto:

O número de pacientes encarcerados na sua própria casa é grande e isso é visto como se fosse normal. Eu como profissional fico horrorizada e tenho um papel de desmontar isso, porque não posso também chegar na família e tirar isso de uma vez. É um trabalho de conscientização para acabar com o preconceito.

Nesse aspecto, o estigma que carrega o transtornado mental que adentra na esfera do Sistema Penal, foi evidenciado nos capítulos anteriores, sobretudo ao tratar do conceito de periculosidade, parâmetro utilizado na aplicação e manutenção da medida de segurança. Demais disso, sob a ótica do movimento antimanicomial, o combate pela desinternação dos pacientes objetiva também diminuir o estigma e a exclusão destes na sociedade.

A saída para enfrentamento do problema, segundo a entrevistada, seria construir processos de trabalho que viabilize o cuidado integral desses usuários. Segundo ela, pelo próprio entendimento da Política Nacional da Saúde Mental esse usuário deve ser cuidado não somente por um usuário, mas por uma equipe de referência, de modo que o cuidado tenha continuidade. A entrevistada também se referiu ao matriciamento, termo técnico de saúde mental que caracteriza essa estratégia conjunta, na qual dois ou mais serviços de saúde atendem juntos esse usuário, como a interconsulta, na qual o médico do CAPS faria a consulta junto com o médico da Unidade Básica de Saúde, sem divisão desse paciente, o que aumentaria o poder de intervenção e compreensão do caso.

A entrevistada informou ainda que o CAPS é obrigado a fazer o serviço de matriciamento. Todavia, na unidade pesquisada a gestão ainda está se organizando para implantar essa metodologia e então fazer a construção da clínica, para que haja uma continuidade desse trabalho; ampliar as possibilidades de acesso do usuário aos demais serviços, bem como garantir o mínimo da assistência da saúde mental que é o tratamento medicamentoso e o de assistência social.

Em seguida, questionou-se se, normalmente, os pacientes de medida de segurança cumprem a prescrição do tratamento ambulatorial de maneira satisfatória. A entrevistada respondeu que naquela unidade, eles sempre cumprem, porque eles sabem que vai um relatório sobre o tratamento para a VEP. Nos casos em que a família não pode trazer o paciente, o CAPS oferece um serviço de transporte.

Nos casos evasão/fuga/abandono, a entrevistada informou que o procedimento de retorno desse paciente é através de uma busca ativa, primeiro por telefone depois a equipe vai até o endereço informado procurar o paciente e conscientizar a família sobre a importância do tratamento.

A entrevistada foi questionada, ainda, se a distribuição de medicamentos, as consultas, e atividades terapêuticas são realizadas dentro do previsto ou há insuficiência de recursos financeiros e humanos para concretização dessas medidas de maneira satisfatória. Sobre o assunto, respondeu que, no momento da entrevista o serviço passava por uma fase de transição por conta da gestão na prefeitura da cidade, mas que os serviços que dependem dos profissionais continuam acontecendo de maneira satisfatória.

A entrevistada explicou que os pacientes chegam ao CAPS com o plano de ação desenvolvido pela EAP, a qual fica responsável por articular os demais serviços para que esse usuário seja acolhido pela rede. Contudo, o que não fica claro no plano de ação é quem é o responsável pela execução do plano, porque a EAP é responsável somente por sua elaboração. Segundo ela:

Quando se coloca diversos serviços em ação para uma única pessoa, algum desses serviços tem de ser o articulador desses demais, como uma costura. Isso eu não percebo que tem. E se essa articulação tem que ser feita pelo CAPS não fica claro para nós. Eu particularmente como profissional de saúde mental tenho convicção que a administração desse plano deve ser do CAPS, pois a proposta é que eles tenham atendimento aqui e que eles sejam acolhidos no seu território. Geralmente o que se tem no território é muito pobre, mas ao menos isso tem que ter. O que normalmente se tem de rede no território é uma unidade básica e se essa unidade faz apenas atendimentos pontuais, não vai dar conta de inserir esse paciente. Tem também uma estrutura de NASF, que se tiver grupos esse paciente deve participar. Tem escola, igreja e os centros de atenção sociais. Mas até que ponto eles são inseridos nessa estrutura eu não sei dizer. Essa articulação fica muito a desejar.

Sobre o acompanhamento da família, foi respondido que por questões históricas de exclusão e estigma, a família muitas vezes reproduz isso. No geral, elas são marcadas também pelo receio e pela sensação de que longe está melhor. Todavia, em alguns casos essas pessoas são acolhidas e, geralmente, quando elas são bem acolhidas pela família, com amor, tendem a ter uma resposta melhor. Via de regra, segundo ela, há um abandono muito grande do paciente com transtorno mental.

Por fim, a entrevistada informou que alguns fatores influenciaram para que a capacidade máxima de atendimento não esteja preenchida. O primeiro deles foi o cancelamento da renovação de carteirinha do passe livre²², o que dificulta que os pacientes consigam pagar o transporte público para se locomover e o serviço de transporte oferecido pelo CAPS só tem capacidade para 18 (dezoito) pessoas. O segundo fator atrela-se a uma dificuldade muito grande de renovação dos benefícios assistenciais em decorrência de políticas nacionais. Alguns dos cuidadores são idosos e tem dificuldades de ir atrás de todos os documentos para iniciar o tratamento. Costuma faltar medicação no CAPS, o que agrava a crise de alguns pacientes e, por fim, o último fator elencado foi o racionamento que houve no serviço de alimentação do CAPS, realizado pela prefeitura municipal, ocasionando uma divisão dos pacientes em alguns dias da semana. A entrevistada informou, ainda, que a questão da alimentação iria ser regularizada.

Outrossim, também foi realizada entrevista com o diretor da Unidade Regional de Ressocialização de Imperatriz – UPR (vide Apêndice 2), a fim de esclarecer qual o procedimento adotado no caso de presos daquela unidade que apresentem transtorno mental. Nesse caso, o entrevistado respondeu que encaminha o interno para o setor psicossocial da própria unidade, em seguida, esse setor o encaminha para o CAPS. Após isso, é encaminhado relatório do

²² A Lei municipal nº 1.276/2008 dispõe sobre a concessão do "Passe Livre" para pessoas portadoras de deficiência, mulheres grávidas e idosos no Município de Imperatriz/MA, o que garantia o transporte sem custo para essas pessoas.

acontecido para o juiz da Vara de Execuções, que determina que seja realizada consulta e laudo psiquiátrico para averiguar a imputabilidade.

Segundo o entrevistado, tais laudos somente eram feitos no Hospital Nina Rodrigues em São Luís/MA, então os presos tinham que ser encaminhados para a capital. Contudo, hoje alguns laudos são realizados na própria comarca de Imperatriz.

Um ponto de convergência nas duas entrevistas, foram algumas sugestões quanto à atuação da EAP. Segundo esse entrevistado, durante todo o ano de 2017, a equipe só realizou uma visita ao local. Nesse sentido, informou:

O último encontro que tive com eles, informaram que um dos papéis deles seria exatamente de evitar que o interno fosse encaminhado para São Luís/MA e que o tratamento também fosse realizado aqui na cidade. Mas ainda não vi nenhum tipo de procedimento nesse sentido acontecer. O último contato aconteceu em janeiro de 2017 e não mais retornaram.

O entrevistado informou que, em regra, com o acompanhamento do CAPS, consegue-se manter a custódia desse interno com suspeita de transtorno mental sem nenhum tipo de problema mais sério.

O procedimento desde a suspeita do transtorno até a confirmação com imposição de medida de segurança é demorado, pois primeiro o interno vai para a consulta, depois é encaminhado para realização do laudo, o que costuma demorar devido à ausência de vagas no sistema de saúde. Após, fica aguardando o posicionamento judicial. Mesmo com a determinação de internação, costuma demorar para se efetivar por conta da carência de vagas. Nesse interim, o interno fica esperando a vaga na própria UPRI.

Foi informado que, ao momento da entrevista, existiam dois internos com transtorno mental na unidade, que estavam apenas aguardando para serem encaminhados para o Hospital Nina Rodrigues.

Quanto às dificuldades enfrentadas na UPRI em relação aos internos com transtorno mental, o entrevistado informou que:

A maior dificuldade é em conseguir a medicação, muitas vezes o interno não tem família ou é muito humilde e não consegue. Então, nesses casos são encaminhados para o Hospital Municipal de Imperatriz/MA.

Ambas as entrevistas apontaram que a celeuma presente na comarca de Imperatriz/MA em relação aos transtornados mentais que cometeram algum crime, diz respeito às deficiências estruturais no Poder Executivo no que pertine ao Sistema de Saúde, por conta de escassez de vagas, ausência de medicamentos e falhas estruturais nas equipes de acompanhamento desses pacientes.

Seguindo na realização das entrevistas propostas, foi encaminhado e-mail solicitando a visita para equipe da EAP, com cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o roteiro das perguntas, bem como contato telefônico com uma das integrantes da equipe. Na primeira data marcada para realização, dia 18 de março de 2018, a equipe solicitou que a pesquisadora retornasse outro dia, tendo em vista que iriam realizar visitas aos pacientes naquele dia.

Dessa maneira, no dia 20 de março de 2018, a entrevista foi realizada com a médica psiquiatra bem como com os demais membros da equipe, os quais também estavam presentes na reunião e auxiliaram no fornecimento das informações que seguem.

Sobre o funcionamento do trabalho da EAP, foi respondido que são uma equipe da secretaria de estado do governo do maranhão, responsável por fazer o cumprimento da medida de segurança.

No que pertine à data de início da atuação da equipe no processo, informaram que iniciam a intervenção no processo a partir do momento em que recebem o ofício do Poder Judiciário informando do cumprimento de medida de segurança, tanto em meio fechado quanto em meio aberto, a partir desse momento, a

EAP começa a elaboração do chamado Plano Terapêutico de Alta. Tal elaboração é iniciada pela busca de informações sobre a vida do paciente, na comunidade onde vive e na família, por exemplo.

Ao serem questionados sobre as maiores dificuldades enfrentadas pela equipe ao lidar com a pessoa em sofrimento mental, responderam que as dificuldades vão desde o material de trabalho, como carro e transporte, pois necessitam realizar visitas aos outros municípios da Comarca quanto às atividades integrativas dos pacientes.

Nesse sentido, importante consignar que a maioria dos pacientes cumprindo medida de segurança são do sexo masculino e, segundo a equipe da EAP, são poucas atividades que se inserem nesse gênero, aptas a despertar interesses dos pacientes. A maioria das oficinas é de costura, manicure, o que acaba afastando o interesse do paciente, o qual fica com a sensação de ter um tempo improdutivo.

A carência de médicos psiquiatras para realização de perícia no Município também foi apontada com um grave entrave, posto que a demanda de Imperatriz/MA e municípios vizinhos é alta.

Como saída para enfrentamento do problema, consignaram que a partir do momento que o projeto for cumprido como está no papel, a rede de assistência teria êxito. Mas na prática, há falhas. Principalmente de investimentos, que por muitas vezes é mal distribuído e mal administrado.

Sobre evasão, fuga ou abandono do tratamento, a EAP afirmou que existem muitos casos de abandono, sobretudo pelos pacientes dependentes químicos, os quais por muitas vezes já possuíam um transtorno mental anterior e o uso de drogas se torna uma comorbidade, agravando o quadro clínico. Nesses casos, o risco de ter recaída aumenta.

À vista disso, cabe à equipe fortalecer a rede de saúde, ir em busca ativa pelo paciente, sensibiliza-lo ao tratamento. A EAP procura localizar a falha, que pode estar em diversos fatores, como no apoio familiar ou na própria rede de assistência e tenta corrigir.

A entrevistada informou que já houve caso em que os pacientes tiveram que voltar a ser internados no Hospital Nina Rodrigues.

Foi informado, ainda, que não existe uma única equipe responsável pela reinserção desse paciente, toda a rede de assistência deve se mobilizar no sentido de localiza-lo.

No que diz respeito ao acompanhamento da família, a entrevistada informou que geralmente, quando estão internados, esses pacientes são, de fato, abandonados. Em raros casos existe a presença de um familiar, como a mãe ou avó. Contudo, a insuficiência de recursos financeiros dessas famílias também contribui para o afastamento. Com a internação, o vínculo familiar normalmente é quebrado.

Quando os pacientes são desinternados e vem para o meio aberto, há um trabalho de sensibilização realizado junto à família, muitas vezes até antes da chegada do paciente, esse é um dos pontos mais importantes no processo. A equipe se mobiliza no sentido de fazer o acolhimento acontecer, caso contrário, o plano de alta não terá sucesso.

Sobre a questão do possível insucesso da adesão do paciente ao tratamento, como ocorreu no caso do paciente “A”, foi respondido que geralmente esses casos acontecem pela dependência química. Ao ser desinternado, se o paciente voltar a ter contato com o uso de drogas prejudica muito o tratamento. Nesses casos, nem a família, tampouco a equipe tem esse poder de vigilância ininterrupta para garantir que o paciente não volte a ter contato com as drogas.

A equipe informou, ainda, que na cidade de Imperatriz/MA, existe uma residência terapêutica para receber paciente oriundos de longas internações em Hospitais de Custódia. No entanto, a alegação é de que está com a lotação máxima de pacientes que vieram do extinto Hospital Psiquiátrico da cidade, o NAISI, o que impede que a residência receba os pacientes advindos do cumprimento de medida de segurança ou de internação do Hospital Nina Rodrigues.

Segundo a EAP, existem alguns pacientes internados por medida de segurança que já estariam aptos ao convívio social,

contudo, com a quebra do vínculo familiar e a inexistência de uma residência terapêutica para abriga-los faz com que os meses continuem na instituição asilar.

Da mesma maneira, no dia 28 de março de 2018, foi realizada entrevista semiestruturada com o juiz da Vara de Execuções Penais da comarca de Imperatriz/MA. Seguindo o roteiro, a primeira pergunta respondida foi sobre as principais dificuldades enfrentadas ao lidar com a pessoa em sofrimento mental, ao que foi apontando como maior dificuldade a ausência de suporte do Estado.

Nesse sentido, a denominada Rede de Atenção à Saúde Mental – RASM inclui o CAPS, EAP e o Núcleo de Perícias. A única cidade do Maranhão que realmente possui estrutura para, durante a deflagração do incidente de insanidade mental, diagnosticar o distúrbio mental e, então, iniciar o cumprimento da medida de segurança é São Luís/MA. Na cidade de Imperatriz/MA, a investigação sobre o transtorno é iniciada, contudo, para cumprir os requisitos exigidos pela legislação tem de encaminhar o paciente para capital. Em Imperatriz/MA alguns laudos são feitos pelo CAPS, porém existe uma grande demora até o resultado, fazendo com que pacientes urgentes tenham de esperar cerca de 60 (sessenta) a 120 (cento e vinte) dias. Superada essa primeira etapa, as dificuldades são menores e há o efetivo acompanhamento pela equipe.

Para enfrentamento desse problema, o magistrado respondeu que é necessário um suporte maior por parte do Estado, que deveria se imbuir desse propósito de oferecer uma estrutura suficiente nesse sentido. Enquanto não houver uma participação eficaz dos entes federativos, inclusive Município, fica inviável oferecer um tratamento adequado.

O magistrado informou, ainda, que o abandono da família também é recorrente nesses casos, o que dificulta o êxito do tratamento.

Ao ser questionado sobre o lapso temporal entre a sentença e o início do cumprimento da medida de segurança, momento em que, inclusive, alguns pacientes ficam em lugar incerto e sem receber

qualquer aparato por parte do Estado, foi respondido que em regra, a EAP intervém somente depois do início do tratamento. Porém, a situação já está mudando e a VEP está encaminhando os casos com incidente de insanidade mental instaurado para a equipe mesmo sem o laudo definitivo. O acompanhamento está sendo mais próximo, todavia, as equipes ainda estão deficitárias nessa parte, necessitando, inclusive de uma maior integração entre elas.

Por fim, foi questionado se os pacientes de medida de segurança cumprem a prescrição do tratamento ambulatorial de maneira satisfatória, ao que foi respondido que existem muitos casos de evasão, sobretudo pelos pacientes com transtorno mental decorrente do uso de drogas e o Estado ainda não cuida disso. O CAPS e a EAP não têm condições de evitar que esse paciente volte a usar drogas. Falta, portanto, órgãos por parte do Estado aptos a suportar essa forma de reabilitação.

5.4 Observação sistemática com registro no diário de bordo

Com o objetivo de realizar uma aproximação dos dados teóricos com a realidade fática (MINAYO, 1994), foi realizada pesquisa de campo com registro no diário de bordo no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III bem como na Unidade Prisional Regional de Imperatriz- UPRI, para melhor compreensão da realidade das pessoas acometidas com transtorno mentais que cumprem medida de segurança na Comarca de Imperatriz/MA.

A visita ao CAPS III aconteceu dia 01 de novembro de 2017, conforme horário agendado anteriormente entre a pesquisadora e a assistente social. Na oportunidade, foram apresentadas as instalações do local, o qual acolhe os transtornados mentais da cidade e conta com consultas, terapias e leitos para internações transitórias.

A capacidade para acolhimento do local são de 12 (doze) pacientes para internação de 24 horas e de 40 (quarenta) a 100 (cem) pacientes para acolhimento diurno. A capacidade diurna não

está totalmente preenchida em decorrência dos fatores que foram declinados na entrevista no subtópico anterior.

Foi informado que possuem cerca de 5 pacientes encaminhados do Sistema Penal para cumprimento de medida de segurança. Importante ressaltar que alguns dos nomes de pacientes que o CAPS informou como advindos do Sistema Penal não coincidiram com os nomes que a Vara de Execução Penal informou. Isso porque, alguns dos pacientes informados podem já ter tido a medida de segurança extinta pelo Poder Judiciário, mas continuam realizando tratamento no local.

Mister mencionar, nesse ponto, que conforme notícia divulgada no sítio eletrônico G1 (2007)²³, o Ministério Público encontrou irregularidades no CAPS III:

De acordo com o levantamento a recomendação formulada pelo órgão pede que as irregularidades encontradas sejam sanadas imediatamente. Foram encontrados problemas em portas, janelas, bebedouros enferrujados, colchões velhos, roupas de cama em estado precário e o teto com infiltração e muito mofo. O órgão também encontrou um número reduzido de profissionais para apoio e atenção aos pacientes, falta de alimentação, assédio moral e nepotismo. A Prefeitura Municipal de Imperatriz tem até 30 dias para informar quais providências serão tomadas para resolver os problemas encontrados durante a vistoria.

Segundo informado na oportunidade, algumas dessas irregularidades já teriam sido sanadas na data da visita, notadamente quanto à ausência de materiais como papel higiênico, colchão e roupas de cama.

²³ Matéria completa sobre a notícia disponível em: <<https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/ministerio-publico-constata-irregulares-durante-vistoria-no-caps-de-imperatriz.html>>. Acesso em: 14 out. 2017.

Considerações finais

Conforme delineado desde a introdução, o presente trabalho abordou a seguinte indagação principal: (1) Em que medida aplicação e a fiscalização das medidas de segurança impostas pelo Poder Judiciário na cidade de Imperatriz – MA observam os direitos dos transtornados mentais selecionados pelo Sistema Penal? Auxiliada pelos seguintes questionamentos pertinentes à temática: (2) Qual a função latente da medida de segurança? (3) Quais são as principais falhas na execução da medida de segurança? (4) Os direitos assegurados pela lei aos transtornados mentais atendem a suas reais necessidades?

A medida de segurança permeia dois hemisférios atrelados: o hospital e o presídio. Ao passo em que intervém no transtorno mental que acomete o paciente a fim de realizar um tratamento curativo, também protege a sociedade desse suposto perigo, mitigando a identidade e participação social nesse processo. Preserva e trata o paciente da sua própria doença e protege e resguarda a sociedade do seu suposto perigo.

Historicamente, o instituto da medida de segurança, alicerçado na confluência de matrizes de controle social e psiquiatria, possui funções latentes quando da sua elaboração. Fundado no subterfúgio de defesa social contra os indivíduos etiquetados anteriormente como perigosos serviu, em verdade, para segregação e institucionalização desses pacientes em sofrimento mental.

O discurso de defesa social, preconizado pelo modelo asilar quando da elaboração da medida de segurança no país, revelou-se

insatisfatório no que pertine à preservação da dignidade humana dos pacientes - fundamento da República Federativa do Brasil. O movimento antimanicomial surge, então, como uma esperança de superação dessa realidade, fundado na defesa dos direitos dos pacientes e reinserção na sociedade, buscando a desinstitucionalização asilar.

Como demonstrado no segundo capítulo, a atecnia legislativa aliada a interesses políticos culminaram na promulgação de leis que poderiam ser efetivamente mais abrangentes no que tange à proteção dos pacientes em sofrimento mental, constando, portanto, que a principal norma sobre o assunto - Lei nº 10.216 - é insuficiente para proteção e atendimento de suas reais necessidades.

No âmbito teórico, a presente pesquisa constatou que avanços foram obtidos paulatinamente na legislação de assistência à pessoa com transtorno mental. Todavia, há um contrassenso entre as conquistas obtidas no âmbito do Sistema de Saúde com as incongruências do Sistema Penal, o qual permanece baseado em uma legislação anacrônica, fundada na internação excessiva e criminalização do transtorno mental, utilizando o subterfúgio do tratamento curativo para segregação. Soma-se a isso a inobservância e inaplicabilidade dos instrumentos normativos de assistência à saúde no Sistema Penal pelo Poder Executivo, agravando sobremaneira a situação do paciente em sofrimento mental.

Assentado nesse embasamento teórico, no quinto capítulo, foram analisadas medidas de segurança em trâmite na comarca de Imperatriz/MA, desdobradas nos seguintes procedimentos metodológicos: análise documental dos quatorze processos envolvendo a temática, observação nas instituições envolvidas e entrevistas com informantes-chave.

A análise realizada em cada um dos processos revelou as fragilidades enfrentadas pelos pacientes com transtorno mental submetidos ao Sistema Penal. A principal falha e a mais facilmente identificadas nos casos foi a demora excessiva do Sistema de Saúde

para realizar consulta psiquiátrica. O direito à saúde assegurado aos pacientes foi protelado por diversas vezes devido à ausência de vagas e insuficiência de profissionais.

No caso do paciente “A”, passaram-se mais de 11 (onze) anos entre a data da denúncia e a sentença, bem como o paciente “G” que permaneceu preso sem nenhum tratamento por 1 (um) ano e 6 (seis) meses, aguardando a realização do Laudo. Nesses casos, morosidade notória do Poder Judiciário é alargada devido à dependência do Poder Executivo que é ineficaz em oferecer Sistema de Saúde eficiente.

Essa problemática também foi relatada nas entrevistas, tanto pelo diretor da UPRI que apontou esse como o principal problema enfrentado naquela unidade quando existe um interno com suspeita de transtorno mental, quanto pela médica psiquiatra que atua junto a EAP que relatou a demora na realização do Laudo porque os pacientes do interior são submetidos à realização na capital do Estado.

Aponta-se, portanto, como uma medida urgente a reestruturação do Sistema de Saúde, com a instalação de equipe e contratação de profissionais aptos realizar o Laudo Psiquiátrico em tempo hábil na cidade de Imperatriz/MA, medida esta que por si só seria capaz de reduzir o lapso temporal em que o paciente se encontra submetido às intempéries do Sistema Penal, sem o aparato médico que necessita.

A irregularidade de integração entre o Sistema Penal e o Sistema de Saúde também é gravemente percebida em alguns casos em que o paciente responde ao processo em liberdade e, ao ser determinada a aplicação de medida de segurança na sentença, está em local incerto, fora do âmbito de supervisão do Poder Judiciário e intervenção do Sistema de Saúde, como evidenciado no caso do paciente “C”, “D”, “L”, e, sobretudo, no caso do paciente “H” o qual foi submetido à medida de segurança por ter praticado crime de estupro contra a enteada e não há informações sobre o início do cumprimento da medida, o que possibilita que o paciente e a vítima

continuem inseridos no contexto de violência doméstica mesmo com sentença exarada pelo Poder Judiciário.

Tal como apontado na entrevista realizada junto ao CAPS, a ausência de definição de qual equipe da rede de assistência à saúde deve ser responsável pela gerencia do paciente traz como consequência a desassistência à saúde dos mesmos. Nesse ponto, há premente necessidade de determinação normativa de acompanhamento desde o trâmite processual até a efetiva realização Plano Terapêutico.

Outra celeuma encontrada diz respeito à espécie de medida de segurança a ser imposta no caso concreto: internação ou tratamento ambulatorial. A questão a ser abordada é se a decisão final a respeito de um instituto que se declara curativo deve permanecer com o saber médico ou com o saber jurídico. No caso do paciente “A”, a sentença impôs medida de segurança do tipo internação, quando o *expert* indica tratamento ambulatorial. A margem de discricionariedade sobre essa decisão, fundada num conceito subjetivo de perigo, legitima a existência de internações desnecessárias tanto do ponto de vista médico quanto de defesa social.

Outrossim, a necessidade de aprimoramento do atual modelo de operacionalização da medida de segurança é encontrada no caso do paciente do paciente “A”, no qual a própria EAP consignou a necessidade de internação do paciente por falta de adesão ao programa terapêutico. Assumir essa opção é (re)legitimar a possibilidade de uma exclusão perpetua.

Conclui-se, então, que a irregularidade encontrada diz respeito à adequação do serviço terapêutico às necessidades desse paciente, no sentido de criar mecanismos alternativos para integração ao tratamento e à sociedade, fora da internação compulsória e infinita.

Há, ainda, uma incongruência de integração dentro do âmbito do Poder Judiciário, no que diz respeito à comunicabilidade dos dados das Varas Criminais, como transpareceu no caso do paciente

“F”, o qual foi concomitantemente considerado transtornado mental em um processo e, portanto, absolvido sumariamente, e considerado uma pessoa sem transtorno mental, condenado a uma pena privativa de liberdade nos outros autos, no mesmo período.

Evidencia-se, portanto, outra saída prática para enfrentamento dos pormenores que permeiam a execução das medidas de segurança: a implantação, pelo Tribunal de Justiça, de um sistema único de informações criminais no Estado, possibilitando a interlocução dos dados referentes aos processos.

A operacionalidade da medida de segurança ratifica a seletividade do Sistema Penal, revelando que a intervenção atende, sobretudo, a interesses latentes, privilegiando as condutas a serem tipificadas e selecionando previamente indivíduos para serem segregados. Fato constatado através do delineamento quantitativo do perfil da pessoa em sofrimento mental em conflito com a lei na comarca de Imperatriz/MA, realizado também no quinto capítulo, no qual foi constatado que a maioria dos pacientes nessa situação correspondem ao seguinte perfil: homem, baixa escolaridade, baixa renda e que cometeu crimes violentos contra a vida.

O sofrimento mental suportado por essa população aliada à ausência do Estado e às barreiras socioeconômicas acaba por fragilizar este grupo populacional, tornando-os o principal alvo do sistema.

É imprescindível que haja uma desconstrução da estigmatização do transtornado mental, que é um ser humano titular de direito, merecedor de respeito à sua integridade física e moral, e devem ter seus marcos de proteção jurídica plenamente observados com o escopo de minimizar seu sofrimento durante o cumprimento das eventuais medidas de segurança.

A medida de segurança é a confluência do que existe de pior no Hospital com o que existe de pior do Sistema Penal, (re)legitimando e representando a força do poder penal-psiquiátrico. A defesa social deve permanecer somente quando houver espaço, no caso concreto, jamais no mundo das ideias e

suposição. Mister, portanto, a mudança de fundamentação paradigmática para que o discurso seja, sobretudo, de defesa da dignidade humana dos pacientes em transtorno mental antes do controle social preconizado pela periculosidade.

Referências

- ADENAUER, Konrad. **Direitos humanos e violência**. Disponível em: <http://www.kas.de/wf/doc/kas_11889-544-5-30.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2017.
- ALBRECHT, Peter-Alexis. **Criminologia – uma fundamentação para o direito penal**. Tradução de Juarez Cirino dos Santos e Helena Schiessl Cardoso. Curitiba: ICPC; Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.
- ALVES, Marcelo Mayora. **Entre a cultura do controle e o controle cultural: um estudo sobre práticas tóxicas na cidade de Porto Alegre**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.
- ALVAREZ, Marcus César. **A Criminologia no Brasil ou como tratar desigualmente os desiguais**. Revista Dados, v.45, n.4, Rio de Janeiro, 2002.
- _____. **Apontamentos para uma história da Criminologia no Brasil**. IN KOERNER, Andrei. História da Justiça Penal no Brasil. Pesquisas e Análises. São Paulo: IBCCrim, 2006, p. 129-152.
- ALVIM, Rui Carlos Machado. **Uma pequena história das medidas de segurança: a trajetória da preventividade especial no direito penal (do primitivo banimento à concepção das medidas de segurança)**. São Paulo: IBCCRIM, 1997.
- AMARANTE, P. **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
- _____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante (coord.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
- ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **Do paradigma etiológico ao paradigma da reação social: mudança e permanência de paradigmas criminológicos na ciência e no senso comum**. Revista CCJ. Santa Catarina, v. 30, n. 16, p. 24-36, 1995.

_____. ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **Sistema penal máximo X cidadania mínima: códigos da violência na era da globalização**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003a.

_____. 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. **Holocausto brasileiro**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARATTA, Alessandro. **Criminologia crítica e crítica do direito penal. Introdução à Sociologia do Direito Penal**. Rio de Janeiro, Revan, 2002.

_____. **Principios del Derecho penal mínimo (para una teoría de los derechos humanos como objeto y límite de la ley penal)**. Doctrina penal. Buenos Aires, Depalma (40): 447-457, 1987.

_____. **Direitos Humanos: entre a violência estrutural e a violência penal**. Fascículos de Ciências Penais, Porto Alegre, Sérgio Fabris, n.2, p.44-61, abr./maio/jun 1993.

_____. **O paradigma do gênero: da questão criminal à questão humana**. In BARATTA, Alessandro. *Criminologia y Sistema Penal*. Compilación in memoriam. Montevideo-Buenos Aires: IBdeF, 2004.

BARBOSA, Mário Davi. **A maldição das raças: Criminologia e Direito Penal na obra de Raimundo Nina Rodrigues**. Revista de Estudos Criminais, n. 39, out./dez., n. 349, 2010. p.27-49

BARRRETO, Fabiana Costa Oliveira. **Flagrante e prisão provisória em casos de furto: da presunção de inocência à antecipação de pena**. São Paulo: IBCCrim, 2007. Prefácio Vera Andrade.

BARRETO, Tobias. **Menores e loucos em Direito Criminal**. Campinas. Romana, 2003.

BATISTA, Nilo. **Mídia e sistema penal no capitalismo tardio**. Discursos Sediciosos: Crime, Direito e Sociedade. Rio de Janeiro, Ano 7, n.12, p. 271-288, 2º sem. 2002c.

- _____. **Os sistemas penais brasileiros.** In: ANDRADE, Vera Regina Pereira de (Org.). Verso e reverso do sistema penal: (des) aprisionando a sociedade da cultura punitiva. V. 1. Florianópolis: Fundação Boiteux, p. 147-158, 2002d.
- BASAGLIA, Franco (Coord). **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BATISTA, Nilo. **Introdução Crítica ao Direito Penal Brasileiro.** Rio de Janeiro: Revan, 1990.
- BECCARIA, Cesare Bonesana. **Dos Delitos e Das Penas.** Rio de Janeiro: São Paulo, 2002.
- BERGALLI, Roberto (Ed.). **Contradicciones entre derecho y control social.** Barcelona: Bosch, 1998.
- _____. **Sistema Penal y problemas sociales.** Valencia: Tirant lo Blanch, 2003.
- BUERGO, Blanca Mendoza. **El derecho penal en la sociedad del riesgo.** Madrid: Civitas, 2001.
- BUSTOS RAMIREZ, Juan. **Control social y sistema penal.** Barcelona: PPU, 1987.
- BONAVIDES, P. **Curso de direito constitucional.** 11. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.
- BRANDARIZ GARCIA, José Ángel. **Política criminal de la exclusión.** Granada: 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm>. Acesso em: 13 nov. 2013.
- _____. **Código Penal Brasileiro.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: 01 nov. 2017.
- _____. Congresso Nacional. **Decreto Nº 678, de 6 de novembro de 1992.** Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/do678.htm>. Acesso em: 08 out. 2017.

- _____. Congresso Nacional. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 08 out. 2017
- BRUNO, Aníbal. **Direito Penal: pena e medida de segurança**. Rio de Janeiro: Forense, 1962.
- CARDOSO, Fernando Navarro. **El derecho penal del riesgo y la idea de seguridad. Una quiebra del sistema sancionador**. In: ÁLVAREZ, Fernando Pérez (Ed.). *Serta: In memoriam Alexandri Baratta*. Salamanca: Ediciones Universidad Salamanca, 2004.
- CARVALHO, Salo de. **Pena e garantias**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.
- _____. **A política criminal de drogas no Brasil** (estudo Criminológico e Dogmático). RJ: Lumen Juris, 2007.
- _____. **Criminologia cultural, complexidade e as fronteiras de pesquisa em ciências criminais**. Revista Brasileira de Ciências Criminais. São Paulo, n. 81, ano 17 p. 294-338, Nov.-dez 2009.
- _____. **O Papel dos atores do sistema penal na era do punitivismo** (o exemplo privilegiado da aplicação da pena). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.
- _____. CARVALHO, Amilton Bueno de; CARVALHO, Salo. **Aplicação da Pena e Garantismo**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001.
- COHEN, Stanley. **Visiones de control social**. Traducción por Elena Larrauri. Barcelona: PPU, 1988.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Relatório de inspeção nos estabelecimentos prisionais do Maranhão – Ofício 363/Gp/2013**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/relatorio-cnj-presidios-maranhao.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2016.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil**. Brasília, 2001.
- COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

- DINIZ, Debora; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. dos. **Deficiência, direitos humanos e justiça**. Revista Internacional de Direitos Humanos, v. 6, n. 11, p. 64-77, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria/SNAS nº 224 - de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- _____. **Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- FERRAJOLI, Luigi. **Derecho y Razón: teoría del garantismo penal**. Madri: Trotta, 1997
- FERRI, Enrico. **Sociología Criminal**. Tradução Soneli M. Melloni Farina. Sorocaba/SP, Minelli: 2006.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Trad. de Lígia M. Pondé Vassalo. Petrópolis, Vozes, 1977.
- _____. **Eu Pierre Rivière que degolei minha mãe, meu irmão e minha mãe: um caso de parricídio do séc. XIX**. Trad. de Denise Lesan de Almeida. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1969.
- _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- _____. **O nascimento da clínica**. São Paulo: Editora Forense Universitária, 2004.
- FRANÇA, Genival Veloso. **Medicina Legal**. 7ª Edição. São Paulo: Guanabara Koogan, 2004.
- GAROFALO, R. **Criminologia: estudo sobre o delito e a repressão penal**. Tradução por Júlio Matos. São Paulo: Teixeira & Irmãos-editores, 1983.
- GIORGI, Alessandro de. **A miséria governada através do sistema penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

GOFFMAN, Erving. Estigma. **Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Marcia Bandeira de Mello Leite Nunes. RJ: LTC, 1988.

JAKOBS, Günther , CANCIO MELIÁ, Manuel. **Derecho Penal Del enemigo**. Madrid: Thonson-Civitas, 2003.

KIRCHEIMER, Otto. **Pena e estrutura social**. Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal - Parte Geral**. vol. 1, 12ª ed. Rio de Janeiro: Imperauts, 2010.

G1. **Ministério Público constata irregularidades durante vistoria no Caps de Imperatriz**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/ministerio-publico-constata-irregulares-durante-vistoria-no-caps-de-imperatriz.ghtml>>. Acesso em: 14 out. 2017

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

KANT, Immanuel. **Fundamentos da metafísica do costume**. Tradução: Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2000.

LISZT, Franz von. **Tratado de direito penal alemão**. Brasília: Senado Federal, 2006.

LOIC, Wacquant. **Punir os pobres: A nova gestão da miséria nos Estados Unidos**. Rio de Janeiro. Editora Renavan, 2003.

LOMBROSO, Cesare. **O homem criminoso**. Tradução de: Maria Carlota Carvalho Gomes. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1983.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; SANCHES, Odécio. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006. Disponível em http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf Acesso em 11 de outubro de 2017.

- PELEGRINI, Carla Liliane Waldow. **Considerações a respeito do princípio da dignidade da pessoa humana**. *Revista BoniJuris*, Curitiba, v. 16, n. 485, p. 5-16, abril 2004.
- RAUTER, Cristina. **Manicômios, prisões, regormas e neoliberalismo: Discursos Sediciosos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 71-76, 1997.
- ROCHA, Carmem Lúcia Antunes Rocha. **O Direito à vida digna**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2004.
- RUSCHE, Georg e KIRCHHEIMER, Otto. **Punição e estrutura social**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1999
- SANTOS, Juarez Cirino dos. **A criminologia da repressão**. Rio de Janeiro: Forense, 1979.
- _____. **As raízes do crime. Um estudo sobre as estruturas e as instituições da violência**. Rio de Janeiro: Forense, 1984.
- _____. **A Criminologia radical**. 2^o ed. Curitiba: ICPC/Lumen Juris, 2006.
- SARLET, I.W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais**. 2^a ed. rev. e amp. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001/2002.
- SÁ, ALVINO ALGUSTO DE. **Criminologia clínica e execução penal: proposta de um modelo de terceira geração**. Imprensa: São Paulo, Saraiva, 2015.
- SILVA, R. Um parceiro da loucura. **Psicologia: Ciência e Profissão – Diálogos**. 2004, abril.
- SOUTO, Ronya Soares de Brito. **Medidas de Segurança: da criminalização da doença aos limites do poder de punir**. 2^a. Edição. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p. 579.
- ZAFFARONI, Eugenio Raul. **O inimigo no direito penal**. Editora Revan: Rio de Janeiro, 2007.
- _____. **Em busca das penas perdidas: a perda de legitimidade do sistema penal**. Tradução de: Vânia Romano Pedrosa & Almir Lopes da Conceição. Rio de Janeiro, Revan, 1991.

_____. **Globalização e sistema penal na América Latina: da segurança nacional à urbana.** Discursos sediciosos. Rio de Janeiro, Cortesia, n.4 .p.p. 25-36, 2º semestre 1997.

_____. O inimigo do Direito Penal. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

ZAFFARONI, Eugênio Raul; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. **Direito penal brasileiro: teoria geral do direito penal.** Rio de Janeiro: Revan, 2003.

WACQUANT, Lóic. **As Prisões da Miséria.** Rio de Janeiro, Zahar, 2001.

_____. **Punir os Pobres. A nova gestão da miséria nos Estados Unidos.** Tradução de Sérgio Lamarão. 3a. edição revista e ampliada. Rio de Janeiro, Instituto Carioca de Criminologia/Freitas Bastos, 2007.

YOUNG, Jock. **A sociedade excludente. Exclusão social, criminalidade e diferença na modernidade recente.** Tradução por Renato Aguiar. Rio Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2002.

_____. YOUNG, Jock. **Escribiendo en la cúspide del cambio: Una nueva criminología para una modernidad tardia.** In Reconstruyendo las criminologias criticas. SOZZO, Maximo (org.) Buenos Aires: ad hoc., 2006.

LÓPEZ, E. Mira y. **Compendio de psiquiatria.** Buenos Aires: El Ateneo, 1958.

MELOSSI, Dario; PAVARINI, Massimo. **Carcel y fabrica. Los orígenes del sistema penitenciario (Siglos XVI-XIX).** 3 ed. Madrid: Siglo Veintiuno, 1987.

PALAMOLLA, Raffaella da Porciuncula. **Justiça restaurativa: da teoria à prática.** São Paulo: IBCCRIM, 2009.

PRADO, L. R. **Curso de direito penal brasileiro.** 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2006.

Apêndices

Apêndice 01

Roteiro de entrevista semiestruturada no CAPS

- 1) Quais são as maiores dificuldades enfrentadas ao lidar com a pessoa em sofrimento mental?
- 2) Na sua opinião, qual seria uma saída para enfrentamento do problema?
- 3) Tendo em vistas os aspectos do movimento antimanicomial, qual seria a saída para tratamento de pessoas em sofrimento mental que apresentam comportamentos violentos?
- 4) Normalmente, os pacientes de medida de segurança cumprem a prescrição do tratamento ambulatorial de maneira satisfatória?
- 5) Qual o procedimento em caso de evasão/fuga/abandono do tratamento?
- 6) Quais são as atividades oferecidas pelo CAPS?
- 7) A distribuição de medicamentos, as consultas, transportes e atividades terapêuticas são realizadas dentro do previsto na Lei ou há insuficiência de recursos financeiros e humanos para concretização dessas medidas de maneira satisfatória?
- 8) Pela sua percepção, como é o acompanhamento da família nesses casos? É recorrente o abandono desses pacientes?
- 9) Qual a capacidade máxima para internação e tratamento ambulatorial? Quantos pacientes existem hoje em cada uma das modalidades?

Apêndice 02

Roteiro de entrevista semiestruturada na UPRI

- 1) Existe algum preso com transtorno mental?
- 2) Como é realizado a intervenção quando um dos internos apresenta suspeita de transtorno mental?
- 3) Na sua opinião, o local possui a estrutura adequada para receber esse tipo de interno?
- 4) Qual a capacidade máxima e a lotação atual?
- 5) Quais são as maiores dificuldades enfrentadas ao lidar com a pessoa em sofrimento mental?
- 6) É recorrente a ausência de vagas para internação desses pacientes?
- 7) Sob quais condições o paciente em sofrimento mental é enviado para recolhimento em estabelecimento prisional?
- 8) Na sua opinião, tendo em vistas os aspectos do movimento antimanicomial, qual seria a saída para tratamento de pessoas em sofrimento mental que cometeram delito?
- 9) Qual o procedimento em caso de evasão/fuga/abandono do tratamento?

Apêndice 03

Roteiro de entrevista semiestruturada na EAP

- 1) Como funciona o trabalho da EAP?
- 2) Quais são as maiores dificuldades enfrentadas pela equipe ao lidar com a pessoa em sofrimento mental?
- 3) Na sua opinião, qual seria uma saída para enfrentamento do problema?
- 4) Tendo em vistas os aspectos do movimento antimanicomial, qual seria a saída para tratamento de pessoas em sofrimento mental que apresentam comportamentos violentos?
- 5) Normalmente, os pacientes de medida de segurança cumprem a prescrição do tratamento ambulatorial de maneira satisfatória?
- 6) Qual o procedimento em caso de evasão/fuga/abandono do tratamento?
- 7) A distribuição de medicamentos, as consultas, transportes e atividades terapêuticas são realizadas dentro do previsto na Lei ou há insuficiência de recursos financeiros e humanos para concretização dessas medidas de maneira satisfatória?
- 8) Pela sua percepção, como é o acompanhamento da família nesses casos? É recorrente o abandono desses pacientes?
- 9) Qual a capacidade máxima para internação e tratamento ambulatorial? Quantos pacientes existem hoje em cada uma das modalidades?

Apêndice 04

Roteiro de entrevista semiestruturada com magistrado titular da VEP

- 1) Quais são as maiores dificuldades enfrentadas pela equipe ao lidar com a pessoa em sofrimento mental?
- 2) Na sua opinião, qual seria uma saída para enfrentamento do problema?
- 3) Tendo em vistas os aspectos do movimento antimanicomial, qual seria a saída para tratamento de pessoas em sofrimento mental que apresentam comportamentos violentos?
- 4) Qual a equipe responsável pelo acompanhamento do paciente da data da sentença até o efetivo início da medida de segurança?
- 5) Normalmente, os pacientes de medida de segurança cumprem a prescrição do tratamento ambulatorial de maneira satisfatória?
- 6) Qual o procedimento em caso de evasão/fuga/abandono do tratamento?
- 7) A distribuição de medicamentos, as consultas, transportes e atividades terapêuticas são realizadas dentro do previsto na Lei ou há insuficiência de recursos financeiros e humanos para concretização dessas medidas de maneira satisfatória?
- 8) Pela sua percepção, como é o acompanhamento da família nesses casos? É recorrente o abandono desses pacientes?

Apêndice 05

Termo de consentimento livre e esclarecido

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e/ou participar na pesquisa de campo referente ao projeto/pesquisa intitulado(a) **A APLICAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA IMPOSTAS PELO PODER JUDICIÁRIO: Um estudo de caso sobre a comarca de Imperatriz/MA**, desenvolvida(o) por Fernanda Arruda Léda Leite Zenkner, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do *email* fernandaarrudaledal@gmail.com, discente do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça – PPGDIR da Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada pelo prof. Dr. Roberto Carvalho Veloso. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é analisar a aplicação e fiscalização das medidas de segurança impostas pelo Poder Judiciário na cidade de Imperatriz/MA. Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Minha colaboração se fará através de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo / pesquisa / programa a qualquer momento, sem prejuízo para meu

acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Feitos os esclarecimentos acima, declaro que compreendi as informações que me foram repassadas e concordo em participar desta pesquisa.

São Luís, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____