



**FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

GABRIELA GAVAZZA BARRETO

**A (IN) EFICÁCIA DA FUNCIONALIDADE DOS HOSPITAIS
DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO EM FACE DAS
GARANTIAS FUNDAMENTAIS DO CUSTODIADO.**

Salvador
2021

GABRIELA GAVAZZA BARRETO

**A (IN) EFICÁCIA DA FUNCIONALIDADE DOS HOSPITAIS
DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO EM FACE DAS
GARANTIAS FUNDAMENTAIS DO CUSTODIADO.**

Monografia apresentada ao curso Bacharelado de Graduação em Direito, da Faculdade Baiana de Direito, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.^a. Mayana Sales

Salvador

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

GABRIELA GAVAZZA BARRETO

A (IN) EFICÁCIA DA FUNCIONALIDADE DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO EM FACE DAS GARANTIAS FUNDAMENTAIS DO CUSTODIADO.

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em
Direito, Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca examinadora:

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Salvador/BA, ____/____/2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, sou grata a Deus, Razão e Fim de tudo, por sempre me mostrar o caminho certo, sua luz iluminou a minha trajetória até aqui. Sem ele nada seria possível.

Aos meus pais, Rui Flávio e Adriana, que sempre estiveram ao meu lado me apoiando incondicionalmente ao longo dos obstáculos da vida, sendo meu porto seguro, me incentivando e vibrando em todas as minhas realizações. Ao meu pai pelo exemplo de profissionalismo, de vida e caráter, por nunca medir esforços pelos meus sonhos e pela minha felicidade. À minha mãe pela atenção e dedicação a mim em todos os momentos, por sempre me colocar como prioridade em sua vida. Eu não poderia ter sido mais abençoada.

Ao meu irmão, Gustavo, sempre presente da minha caminhada, com quem compartilho sonhos e sempre me estende a mão em apoio, o meu amor incondicional.

A minha família, que sempre incentivou meus estudos e minha carreira, apoiando e celebrando todas as minhas vitórias.

Ao meu namorado, Marcos, por proporcionar mais felicidade aos meus dias, estando ao meu lado nos momentos de estresse, transformou essa caminhada em algo mais leve, sou melhor com você. Muito obrigada pela presença em minha vida, pela paciência e dedicação.

Às minhas amigas e amigos, tanto as amigadas surgidas na graduação como as de fora dela, vocês tornam a minha vida mais divertida e fizeram essa trajetória parecer mais fácil. Agradeço a leveza que trazem ao dia a dia, por todo o acolhimento e o apoio de sempre.

A minha orientadora, Mayana Sales, por aceitar conduzir o meu trabalho, com toda paciência e dedicação, dispondo do seu tempo para sanar minhas dúvidas e me colocar na direção correta. Seus conhecimentos e indicações fizeram toda a diferença no resultado deste trabalho. Não poderia ser mais agradecida.

Por fim, à Faculdade Baiana de Direito e todos os professores e verdadeiros mestres na graduação, que sempre transmitiram seu saber com muito profissionalismo, e os

demais funcionários, auxiliares e coordenadores, pela solicitude, contribuindo para a conclusão deste trabalho.

Dedico esta pesquisa a todos aqueles que, neste momento, se encontram nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, em condições degradantes; com esperança de que este estudo possa contribuir futuramente, direta ou indiretamente, de algum modo, para transformar a realidade destes seres humanos.

RESUMO

A construção dos Manicômios Judiciários, hoje chamados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, define o lugar destinado ao indivíduo louco e infrator, que fica duplamente à margem da sociedade, tanto por sua violação ao Código Penal, quanto por sua violação à ordem moral. Ademais, invisível aos olhos da sociedade, é submetido a processos e tratamentos degradantes, sofrendo constantes violações de direitos básicos e, indo na contramão do estabelecido pelo Estado, sendo, por vezes, submetido à prisão perpétua, pois o caráter indeterminado da Medida de Segurança atribuí ao paciente judiciário o peso de talvez nunca mais vir a ser reinserido em seu meio social. Inalcançados pela Saúde, os presos-pacientes ficam à mercê das Secretarias de Segurança ou da Administração Penitenciária, fato que confere às internações em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico um caráter muito mais próximo da punição do que tratamento. A presente pesquisa propõe-se a analisar o processo de marginalização e invisibilidade do louco infrator diante do Código Penal brasileiro e da Lei 10.216/2001 e refletir a (in) eficácia da funcionalidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento em face as garantias fundamentais do custodiado, bem como de que forma está se dando o tratamento-custódia de pacientes judiciários, se os direitos fundamentais e as garantias da pessoa humana estão sendo respeitados nesses ambientes.

Palavras-chaves: Direitos Humanos; Inimputáveis; Medida de Segurança; Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

LISTA DE ABREVIATURAS

ATP Ala de Tratamento Psiquiátrico

CID Classificação Internacional de Doenças

CP Código Penal

DEPEN Departamento Penitenciário Nacional

DSM Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

HCTP Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

LEP Lei de Execução Penal

MTSM Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

ONU Organização das Nações Unidas

OMS Organização Mundial da Saúde

PAILI Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Tabela 01	Tipos de crimes e frequência entre os custodiados do HCTP (Salvador, Bahia).....	68
Tabela 02	Rotina de refeições do HCTP (Salvador, Bahia).....	70
Tabela 03	Situação legal dos internos em 27/10/2021 no HCTP (Salvador, Bahia).....	71

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 DIREITOS FUNDAMENTAIS E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.....	15
2.1 O QUE SÃO DIREITOS FUNDAMENTAIS.....	16
2.2 DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E SEU SIGNIFICADO.....	20
2.2.1 Perspectiva nos hospitais de custódia e tratamento.....	24
3 A INIMPUTABILIDADE À LUZ DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.....	31
3.1 HIPÓTESES DE INIMPUTABILIDADE.....	35
3.2 DECLARAÇÃO NO PROCESSO PENAL.....	41
4 MEDIDA DE SEGURANÇA.....	44
4.1 PROCEDIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA.....	47
4.2 DETERMINAÇÃO PARA PRAZO MÍNIMO E MÁXIMO.....	51
4.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA DENTRO DO JUDICIÁRIO.....	55
5 A (IN) EFICÁCIA DA FUNCIONALIDADE DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO EM FACE DAS GARANTIAS FUNDAMENTAIS DO CUSTODIADO.....	60
5.1 HISTÓRICO, ESTRUTURA E FINALIDADE DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO.....	62
5.2 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO ESTADO DA BAHIA.....	66
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

Há muitos anos, o criminoso portador de transtorno mental vem sendo objeto de estudo do mundo jurídico. A história da loucura é mundialmente conhecida por fases, que vão da exclusão, omissão familiar, repulsa, cárcere até a violência, que se estendem até os dias atuais e marcam a realidade do considerado louco. Essa situação começou a modificar-se a pouco mais de três séculos e, apesar de mudanças terem ocorrido, ainda há muito que fazer para que essas pessoas sejam vistas com mais humanidade e recebam o tratamento considerado adequado para sua recuperação e possível reintegração à sociedade.

O artigo 5º da Constituição Federal diz que: "todos são iguais perante a lei sem distinção de qualquer natureza", todavia há algumas exceções que são devidamente legalizadas e uma dessas exceções existentes é a inimputabilidade. A inimputabilidade é um dos elementos da culpabilidade: ela é capaz de isentar a culpa, ou seja, se não há culpa, dessa forma também não haverá crime. São considerados inimputáveis aqueles que, no momento da prática da conduta delituosa, eram inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de se determinar conforme esse entendimento. Em outras palavras, são aqueles que não possuem a capacidade de entender, no momento do delito, a gravidade do seu ato e, por isso, não podem ser responsabilizados penalmente pelo que fizeram, ficando isentos de pena.

Ao inimputável que pratica um injusto penal, o Estado reservou a medida de segurança como sanção, cuja aplicação possui finalidade terapêutica, tentando-se prevenir, deste modo, a prática de novas infrações penais. Desta forma, não se pode afastar da medida de segurança sua finalidade curativa e nem a de natureza preventiva social, visto que, além de tratar o paciente para controle da sua doença e periculosidade, o Estado espera que este não volte a praticar qualquer fato típico e ilícito.

Além disso, em que pese as medidas de segurança poderem ser detentivas (internação) ou restritivas (tratamento ambulatorial), a classe médica vem, há alguns anos, se mobilizando para evitar a internação desenfreada, se indicando priorizar a aplicação do tratamento ambulatorial, reservando as medidas detentivas para os casos em que se constata a periculosidade do agente, oferecendo risco a familiares, sociedade ou a ele mesmo. Foi nesse contexto que foi sancionada a Lei 10.216 de

2001, que dispõe sobre os direitos e proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Além disso, nem sempre se constata a existência de uma doença mental, podendo, em algumas situações, ser reconhecida existência de perturbação psicológica, em que o indivíduo tem apenas lapsos de realidade. Esse quadro de perturbação psicológica, inclusive, muitas vezes não ocorre com frequência, o que dificulta a sua comprovação. Por esta razão, o exame psiquiátrico pode ser solicitado em qualquer momento do procedimento, quantas vezes o magistrado entender necessário.

Esses indivíduos que não possuem um comprometimento mental total e sim parcial, são chamados de semi-imputáveis. Os laudos de comprovação serão sempre realizados por especialista, muitas vezes no intuito de se comprovar se a doença já existia ou se veio se manifestar depois do delito. Todas as dúvidas acerca da capacidade e das condições mentais do agente devem ser supridas sem deixar vestígios de dúvidas para o juiz, podendo este requerer laudos e perícias até achar suficientes ao seu convencimento.

Esse é o grande desafio do Direito Penal, pois a análise da capacidade de discernimento do indivíduo depende de inúmeros fatores sendo difícil a comprovação com a exatidão do discernimento do réu no momento do crime. Diversos são os aspectos sobre os quais a lei deve se debruçar antes de estabelecer um juízo de valor sobre o indivíduo e considerá-lo culpado ou inocente, um destes aspectos que deve ser medido é a capacidade do agente de discernir se a sua conduta é lícita ou ilícita.

A medida de segurança como providência judicial curativa não tem prazo determinado para acabar, persistindo enquanto houver necessidade de tratamento destinado à cura ou controle do transtorno do paciente. Assim, o tratamento perdurará enquanto não for constatada, por meio de perícia médica, a cessação da periculosidade do agente.

Diante desse contexto, a doutrina pátria, bem como os Tribunais Superiores, passou a tecer severas críticas a essa indeterminação, na medida em que, de acordo com a Constituição Federal de 1988, a prisão de caráter perpétuo é vedada no Brasil, motivo pelo qual dever-se-ia exigir a fixação de um prazo máximo de duração da internação.

Assim, mostrava-se patente a necessidade de que fosse fixado um prazo máximo de duração da medida de segurança, afinal não se pode conferir tratamento mais severo

e desigual ao inimputável, uma vez que, ao imputável, a legislação estabelece expressamente o respectivo limite de atuação do Estado.

Destarte, através de procedimento, dos recursos de pesquisa bibliográfica, legislação, teses de mestrado e doutorado, dados de pesquisa e revistas jurídicas, a pesquisa busca o reconhecimento da problemática proposta acerca da (in) eficácia da funcionalidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento em face as garantias fundamentais do custodiado. Ademais, por se tratar de análise de hipótese, será utilizado o método dedutivo para a fundamentação teórica e jurídica, em que a hipótese será submetida ao processo de falseamento, visto que o presente trabalho trata de matéria com posições e discussões doutrinárias relevantes.

Já no que concerne o tipo de pesquisa, será qualitativa, por ser a que mais se adequa ao tema tratado, que é doutrinário, contudo, tendo seus aspectos em consonância com a legislação existente sobre direito penal, processual penal e as garantias e direitos fundamentais, previstos na Constituição Federal. Além disso, para complementar a pesquisa bibliográfica, foi realizada visita técnica ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado da Bahia, oportunidade em que foi possível analisar a estrutura física do local, colher dados objetivos, bem como obter informações sobre os procedimentos internos adotados na rotina de tratamento dos internos.

Seguindo a subdivisão dessa obra, no segundo capítulo serão abordados os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana, partindo do pressuposto dos conceitos e aplicação no modelo brasileiro atual, o proposto pela Constituição Federal de 1988, bem como os Tratados Internacionais que tratem da matéria, os quais o Brasil é signatário, e sua perspectiva no cenário dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Superada essa etapa, o terceiro capítulo versará sobre inimputabilidade, suas hipóteses a luz do Código Penal brasileiro, a sua forma de declaração no processo penal, bem como as consequências jurídicas decorrentes de seu reconhecimento.

Após esse debate, o quarto capítulo tratará especificamente da interface da saúde mental com o direito penal e o instituto da Medida de Segurança, além dos aspectos legais do internamento, da realização de exames, etapas processuais e prazos, bem como a enumeração dos órgãos responsáveis pelo controle de sua execução e respectivas atribuições legais. Por fim, no quinto e último capítulo, será trabalhado o

histórico da instituição manicomial judiciária desde sua criação até os dias atuais, destacando o caráter ambíguo de sua constituição: hospital e prisão.

2 DIREITOS FUNDAMENTAIS E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Primordialmente, para melhor entendimento do presente trabalho, se faz necessário um estudo em relação aos direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana, perpassando sobre o histórico e o advento na Constituição Federal de 1988. Ademais, serão abordados os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana em relação ao cenário em que os custodiados estão inseridos.

Os direitos fundamentais surgem nas Constituições ao redor do mundo de forma gradativa; fala-se então em dimensões dos direitos fundamentais, nas quais há o surgimento de novos direitos por conta das transformações sociais, políticas e econômicas no mundo. O Estado aqui, não vai mais interferir na liberdade individual, ou seja, nessa geração não há mais a preocupação com evitar a interferência do estado nas liberdades individuais, mas sim garantir a liberdade individual por intermédio do Estado, uma vez que passa a existir uma cultura fundada na centralidade dos direitos humanos e dos direitos fundamentais. (Cunha Jr. 2019, p. 497)

Na Constituição Federal de 1988, promulgada no Brasil sob o princípio da dignidade da pessoa humana, os direitos fundamentais estão positivados no Título II, e expressamente divididos em cinco capítulos, com a característica de serem cláusulas pétreas, conforme o artigo 60, § 4º, IV, são, portanto, I – Direitos Individuais e Coletivos; II – Direitos Sociais; III – Direitos da Nacionalidade; IV – Direitos Políticos e V – Partidos Políticos.

A dignidade da pessoa humana, por sua vez, sustenta-se em uma dimensão dúplice, pois é a expressão da autonomia da pessoa humana, ao mesmo tempo em que necessita de uma proteção por parte da sociedade e do Estado, principalmente quando ausente a capacidade de autodeterminação, pois, apesar da possibilidade de perda do exercício pessoal de autodeterminação, resta a todo indivíduo o direito fundamental de ser tratado com dignidade. (SARLET, 2015, p. 377)

A saúde é considerada como um dos principais direitos fundamentais do homem, e, como todo direito, exige um trabalho em conjunto entre sociedade e Estado para sua garantia. Em que pese haja essa necessidade para todos os outros direitos fundamentais, quando se trata do direito à saúde, principalmente daqueles que não

possuem a capacidade de autodeterminação, a exemplo das pessoas com deficiência mental, o planejamento para a prestação desse direito deve ser ainda mais cuidadoso, para que não se crie uma segregação dessas pessoas perante o resto da sociedade, realizando uma exclusão e sequestro da dignidade. (SARLET, 2015, p. 380)

Portanto, entende-se como salutar o melhor entendimento sobre os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana, suas características, especificidades, diferenças, contexto e relação histórica de surgimento e permanência. Como também a aplicação no ordenamento jurídico atual, haja vista que existe flexibilização sobre o tema.

2.1 O QUE SÃO DIREITOS FUNDAMENTAIS

Antes de se fazer uma abordagem sobre os direitos fundamentais, torna-se necessário esclarecer que para Cunha Jr. (2013, p. 547) esses direitos nada mais são do que a positivação dos direitos humanos nas Constituições, sendo assim, existe como primeira premissa a ideia de que direitos fundamentais estão em nível interno, ao passo que, os direitos humanos estão em nível de convenções internacionais. Diante disso, é possível identificar o conteúdo dos direitos fundamentais buscando o critério da dignidade da pessoa humana, uma vez que eles devem concretizar essa dignidade, estando nela pautada sua fundamentalidade material.

Como sustenta Ricardo Maurício (SOARES, 2010, p. 133), no âmbito internacional os direitos fundamentais recebem o nome de direitos humanos, garantindo a dignidade da pessoa humana, e, trazendo uma nova concepção a esse respeito, pois, em que pese a concepção tradicional dizer respeito ao Estado-Indivíduo, a nova dar-se-á possibilidade de responsabilizar o Estado de forma externa.

Por certo, os direitos fundamentais são vínculos que consubstanciam a validade das normas produzidas no âmbito estatal e paralelo a isto são os últimos fins que norteiam o moderno Estado Democrático de Direito. Há, então, uma ampla ligação ente o estado de direito e os direitos fundamentais, na medida em que para se ter um estado democrático de direito é necessário que haja garantias fundamentais e para que ocorra a realização das garantias é necessária sua positivação na lei máxima desse estado de direito: a constituição. (SARLET, 2015, p. 40)

Para Cunha Jr. (2013, p. 550) sem o reconhecimento e proteção dos direitos fundamentais não há como tratar-se a democracia. Esses direitos têm suma importância na sociedade, pois é por meio deles que se questiona a legitimação de todos os outros polos, sendo eles sociais, políticos ou individuais. Cunha Jr. (2013, 551), acredita que se esses direitos não estiverem intactos, a sociedade como um todo estará em desamparo, estará sem sua base.

Os direitos fundamentais estão interligados com o Estado Democrático de Direito e este sofre mutações para acompanhar as necessidades da sociedade, fazendo surgir as denominadas gerações, que são as transformações que os direitos fundamentais sofrem com o passar do tempo, como consequência de cumulações de novos direitos fundamentais. É de salientar que não há revogabilidade dos direitos fundamentais já reconhecidos, apenas existindo sua complementação. (CUNHA JR. 2013, p. 586)

Desse modo, a divisão das gerações dos direitos humanos foi proposta pelo jurista francês de origem tcheca, Karel Vasak, em 1979, na Conferência do Instituto Internacional de Direitos Humanos em Estrasburgo, que, inspirado nas ideias da Revolução Francesa, classificou cada geração dos direitos humanos como um dos componentes da revolução, sendo eles, liberdade, igualdade e fraternidade. (BONAVIDES, 2008, p. 516)

No entendimento de Bobbio (2004, p. 33), a ordem cronológica do reconhecimento das gerações dos direitos fundamentais acontece de acordo com as carências e demandas dos seres humanos, isto é, à medida que a sociedade vai se transformando, novas reivindicações de liberdade e de poder surgem. Em que pese surjam novas demandas e, por conseguinte, novas gerações, não há que se falar em substituição, tão logo ocorra a complementação, como já foi acentuado linhas atrás.

Os primeiros direitos fundamentais reconhecidos através das Declarações do século XVIII, e, pelas primárias constituições escritas, formam a primeira geração, que engloba os chamados direitos de liberdade, afirmando direitos do indivíduo frente ao Estado e protegendo uma esfera de autonomia. São considerados como direitos de defesa, pois protegem o indivíduo contra intervenções indevidas do Estado, impondo limites na sua atuação. São, entre outros, o direito à vida, à liberdade, à igualdade de todos perante a lei, à propriedade, intimidade e segurança, traduzindo, portanto, o valor de liberdade, e, sendo esses denominados como direitos de caráter negativo. (SARLET, 2015, p. 50)

A segunda geração é composta de direitos humanos reconhecidos no século XX, sobretudo após a Primeira Guerra Mundial e representam a modificação do posicionamento do Estado, exigindo-lhe um papel ativo, sob forma de fornecimento de prestações, sendo fiscal das regras jurídicas. Assim sendo, são direitos denominados positivos, determinando do Estado a realização dos programas sociais, uma vez que são reconhecidos o direito à saúde, educação e previdência social. Nessa geração são contemplados os direitos sociais, os econômicos e os direitos culturais, sendo, portanto, denominados de direitos de igualdade, por concretizarem as liberdades abstratas reconhecidas na primeira geração. (BONAVIDES, 2008, p. 518)

Por sua vez, os direitos humanos da terceira geração são aqueles que se destinam à proteção da comunidade e não do homem em sua individualidade, sendo conhecidos como os direitos de solidariedade, fraternidade, pois destinam-se a preservação da existência do grupo, criando um interesse comum. São reconhecidos nessa geração o direito ao desenvolvimento, direito à paz, direito à autodeterminação e, em especial, o direito ao meio ambiente equilibrado. (SARLET, 2015, p. 53)

Posteriormente, no final do século XX, segundo Bonavides (2008, p. 524), há o nascimento da quarta geração, resultante da globalização dos direitos humanos, correspondendo aos direitos à democracia direta, direito ao pluralismo e a informação, que constituem a base da defesa da dignidade da pessoa humana contra intervenções abusivas de particulares ou do Estado.

Bonavides (2008, p. 526) propõe ainda uma quinta geração, que seria composta pelo direito à paz em toda a humanidade, sugerindo uma mudança, pois anteriormente esse direito era classificado por Karel Vasak como sendo de terceira geração. Segundo Bonavides, o direito à paz é condição indispensável ao progresso de todas as nações, uma vez que é elemento de conservação da espécie, merecendo uma maior visibilidade.

A evolução dos direitos fundamentais na história reforça a ideia de que eles são o resultado de demandas pela luta da afirmação da dignidade da pessoa humana, uma vez que tem por fundamento filosófico a moral, conforme trazido por Robles, que aduz:

Pautas de deliberação de caráter moral que hão de ser tidos em conta na tomada de decisões políticas e jurídicas. Seu caráter moral radica em que fazem referência a aspectos transcendentais da vida dos indivíduos, a

aspectos que afetam ao ser moral do homem, a sua dignidade e a sua liberdade. (ROBLES, 2005 p. 27)

A partir dessa premissa, na contemporaneidade, é possível elencar as seguintes características dos direitos fundamentais: universalidade, que versa sobre os direitos fundamentais serem dirigidos a todos os seres humanos, sem restrições, independentemente de sua raça, credo ou nacionalidade; à imprescritibilidade, pressupondo que os direitos fundamentais não se perdem com o tempo, podendo ser sempre exigidos; aplicabilidade imediata, pois, nos termos do art. 5º, § 1º da Constituição Federal de 1988, “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata” (BRASIL, 1988); à limitabilidade, embora os direitos sejam inerentes a todos os homens, eles não são absolutos, de modo, inclusive, que um direito pode, em casos concretos, limitar o exercício do outro. (CUNHA JR. 2013, p. 611-612)

Em razão do direito fundamental ter a característica de não ser ilimitado, no momento de aplicação desses direitos, em casos concretos de colisão, o intérprete deve se valer de parâmetros para os direitos que estão colidindo, buscando proporcionar uma menor lesão a qualquer dos direitos. Assim sendo, “a ponderação é um processo no qual um princípio cede diante do outro, adequando-se à solução mais justa a cada caso concreto”, pois, dessa forma um princípio não invalidará o outro para sempre. (BARROSO, 2013, p. 25)

Ainda segundo Barroso (2013, p. 26), há parâmetros a serem seguidos no momento da interpretação de qual direito fundamental deverá preponderar em cima do outro, entre eles, a natureza do fato, o interesse do fato, se individual ou coletivo, uma vez que não existe uma hierarquia entre esses direitos, vez que são princípios.

Portanto, diante do visto, não há como negar a importância dos direitos fundamentais para um Estado democrático de direito, uma vez que, ele norteia a existência humana, e um melhor convívio em sociedade. É salutar dizer que muitas vezes, na realidade fática, esses direitos não são respeitados, implicando em um desencontro com o princípio que veremos a seguir, qual seja, a dignidade da pessoa humana.

2.2 DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E SEU SIGNIFICADO

A dignidade da pessoa humana, em sua concepção de origem está pautada na religião, na filosofia e na política, passando a produzir efeitos jurídicos apenas no momento em que se torna basal para consolidação da democracia. (MAIA, R. 2015, p.77). Segundo Barroso (2013, p. 13), a concepção religiosa foi o ponto inicial para a compreensão acerca do surgimento da dignidade do homem, pois com a origem bíblica, afirmava-se que o homem era feito à imagem e semelhança de Deus, e, portanto, possuindo dignidade inviolável.

A esse respeito, comenta Sarlet (2015, p. 82) que a “dignidade da pessoa humana é qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade”, implicando, neste sentido, “um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano”, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

Com a evolução das sociedades, o Iluminismo e a centralidade do homem, a dignidade humana passou a ser relacionada com à posição social que a pessoa ocupava, rompendo as superstições, e, passando a ter por fundamento a razão, a capacidade de valoração moral e autodeterminação do indivíduo, sendo respeitado a importância da comunidade em que a pessoa estava inserida e a sua estima, migrando, portanto, sua origem para o campo da filosofia. (FERRAZ JR, 2007, p. 94)

O espaço da dignidade da pessoa humana foi ampliado após a Segunda Guerra Mundial, pois em virtude dos atos desumanos ali praticados, houve modificações que repercutiram diretamente nos processos de regulação e reprodução social, formando novos direitos, interligados com a dignidade da pessoa humana, com reconhecimento em vários tratados internacionais, como exemplo, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Organização das Nações Unidas em 1948, que anunciava em seu artigo primeiro que “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos”, e, no âmbito do direito constitucional, pois inúmeras Constituições a incluíram em seus textos. (BARROSO, 2013, p.72)

Não obstante, costuma-se apontar a Lei Fundamental de Bonn, de 1949, como primeiro documento legislativo a consagrar a dignidade da pessoa humana como um princípio, ao trazer expresso “Respeitá-la e protegê-la é obrigação de todos os poderes estatais”. Sendo, então, a dignidade da pessoa humana, convertida em um conceito jurídico. (BARROSO, 2013, p.75)

É notório que a dignidade da pessoa humana muda com o passar dos anos e sua maior valorização funciona como um reflexo da sociedade. Assim sendo, o Brasil, em sua Constituição Federal de 1988, trouxe avanços e inovações no tratamento ofertado aos cidadãos, instituindo o Estado de Bem-Estar Social, consagrando a dignidade de pessoa humana como um dos princípios fundamentais, atribuindo-lhe o valor supremo de alicerce da ordem jurídica democrática, uma vez que traz no seu Título I – DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS, artigo 1º, III, que a dignidade da pessoa humana é um dos “fundamentos da República”. (GILMAR FERREIRA MENDES, 2013, p. 83)

Para Fernanda Rivabem (2020, p.14), o princípio da dignidade humana é um “valor guia” de toda ordem jurídica, assim alude que:

O princípio da dignidade humana é, portanto, um princípio fundamental do sistema constitucional brasileiro que confere racionalidade ao ordenamento jurídico e fornece ao intérprete uma pauta valorativa essencial ao correto entendimento e aplicação da norma. Trata-se, portanto, de um valor-guia de toda a ordem jurídica, sendo que o caráter instrumental desse princípio se evidencia na possibilidade de ser utilizado como parâmetro objetivo de aplicação, interpretação e integração de todo o sistema jurídico.

Na mesma forma pensa Bonavides (2008, p. 550), pois para ele os outros direitos fundamentais, sejam os individuais ou sociais, estão intimamente relacionados a dignidade da pessoa humana, tendo, inclusive, sua efetividade pautada na materialização desses direitos.

A dignidade da pessoa humana se correlaciona, ainda, com outros valores centrais para o âmbito jurídico, tornando-se complementar aos direitos fundamentais, sendo o parâmetro de ponderação entre eles, em caso de concorrência, mas não se confundindo com qualquer deles. Para Barroso, por se tratar de um princípio jurídico, a dignidade da pessoa humana possui uma carga axiológica, indicando valores a serem seguidos, e se entrelaçando a outras normas, justiça e segurança, condicionando o alcance e o sentido dessas. (BARROSO, 2013, p.78)

A partir desse entendimento, do plano jurídico, faz-se necessário uma análise acerca do que significa dignidade da pessoa humana. Na visão de Kant (2004, p. 69), pautado

no imperativo categórico, as coisas do mundo se distinguem por ter um preço ou uma dignidade. Assim, há coisas que são quantificadas com um preço, podendo ser substituídas, tendo em vista que existem outras equivalentes, mas há coisas que não possuem preço e, portanto, não podem ser substituídas, uma vez que não existe nada que se equivalha a elas. Sobre essas coisas inigualáveis, diz-se que tem dignidade. Logo, todo homem tem dignidade e não um preço, na medida que cada homem é insubstituível.

Ademais, no pensamento kantiano (2004, p.79), a pessoa é um fim em si mesmo, todo ser racional existe como finalidade própria, sem figurar como meio para o uso arbitrário pela vontade alheia. Sendo assim, pela sua vontade racional, o homem vive na condição de autonomia, sendo um ser capaz de editar leis e guiar-se por elas.

Essa concepção é reforçada por Alexandre de Moraes (2011, p.49), que, ao elaborar o conceito de dignidade, traz como pretensão o respeito por parte das outras pessoas, de modo que o estatuto jurídico assegure que, embora possa eventualmente ser limitado o exercício dos direitos fundamentais, a dignidade inerente à pessoa nunca será menosprezada, pois é a necessária estima que merecem todos enquanto seres humanos.

Deste modo, a dignidade da pessoa humana veda qualquer tentativa de degradação ou coisificação do ser humano em sociedade, preservando o centro da integridade física e moral de todos os indivíduos por sua existência no mundo. (SOARES, 2010, p. 128)

Decerto, os valores constituídos pelos direitos humanos fundamentais levam a certeza de que o ser humano é ser digno de respeito por parte do outro ator social, pois respeitar o outro significa compreendê-lo enquanto participe da vida comunitária. O reconhecimento recíproco dos seres humanos em convivência na sociedade será, portanto, sempre vinculado a dignidade do outro. (KONDER, 2008, p. 102)

Nesse sentido, Marcelo Novelino (2019, p. 119) assinala que é indissociável a relação entre a dignidade da pessoa humana e os direitos humanos fundamentais, pois, em que pese os direitos humanos fundamentais proporcionem um pleno desenvolvimento da pessoa humana, é certo também, que somente através da existência dos direitos fundamentais a dignidade poderá ser efetivada e protegida no cenário social.

Pressupõe-se, portanto, por conta da dignidade, a igualdade entre os seres humanos, devendo todos terem os seus interesses respeitados, tais quais, à moradia, necessidades básicas, segurança, e, educação, não se levando em conta gênero, raça, capacidade cognitiva ou qualquer outra característica individual. (SINGER, 1998, p.32)

Assim sendo, para Soares (2010, p.234) a dignidade da pessoa humana, abarca diversos direitos existenciais, que são por todas as pessoas da sociedade divididos em igual parte. A partir daí, rompe-se com a ideia de que a dignidade humana está vinculada com a autonomia da vontade, haja vista a dignidade ser decorrência da condição humana, dispensando, então, a autoconsciência, em razão de o homem continuar sendo homem, e logo, tendo dignidade, mesmo quando distancia-se da sua consciência.

Portanto, não há que se falar em maior ou menor dignidade, pois, por ser algo intrínseco ao humano, independente da conduta que esse tenha, por mais indigna que possa ser, não vai ter mudança na sua dignidade, não havendo diminuição, muito menos perda, uma vez que a dignidade é composta por direitos que são basilares para a existência, pertencendo a todos indivíduos em igual proporção. (SARLET, 2004, p.43)

Outro aspecto importante a ser aludido sobre a dignidade da pessoa humana é que ela constitui um dos elementos que compõe o mínimo existencial, o que garante ao ser humano um mínimo de qualidade de vida, lhe permitindo viver com dignidade, e com oportunidade de exercer a sua liberdade, uma vez que o legislador estaria ligado e proibido de suprimir esse mínimo vital sem uma compensação adequada, pois ao intérprete da norma obriga-se uma aplicação de forma mais favorável à proteção dos direitos humanos. (QUEIROZ, 2006, p. 105-110)

Não é outro o entendimento de Alexandre de Moraes sobre a dignidade da pessoa humana e o conteúdo mínimo existencial que ele constitui como elemento intrínseco da mesma. Conforme disserta:

Um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem

menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos e a busca ao Direito à Felicidade. (MORAES, 2011, p.10)

O mínimo existencial visa, nesta linha intelectual, garantir a todo ser humano uma segurança básica, por meio da proteção da sua integridade física e psíquica, mediante a oferta de uma assistência social, pois o mínimo existencial possui uma relação com a dignidade humana e com o próprio Estado Democrático de Direito, possibilitando que qualquer indivíduo possa viver a sua vida de forma digna, tendo moradia, acesso à educação, saúde de qualidade e segurança. (GOSEPATH, 2013, p.79-80).

Outrossim, a dignidade da pessoa humana na Constituição brasileira terá sua incidência observada em situações com ambiguidade de linguagem, colisões de normas constitucionais e direitos fundamentais ou, ainda, em lacuna normativa, uma vez que essa dignidade humana contribui para o roteiro argumentativo em casos difíceis, dando maior transparência ao processo decisório, possibilitando um controle social mais eficiente. (BARROSO, 2010, p.80)

Em suma, a dignidade humana, na jurisprudência brasileira, é especialmente abundante em matéria penal e processual penal, pois, conforme explanado, o indivíduo não precisa postular ou reivindicar a dignidade, ela decorre da própria condição humana e, assim sendo, o que se pode exigir é o respeito e proteção a ela, principalmente nas matérias acima mencionadas, uma vez que tratam muitas vezes da flexibilização de um dos principais direitos fundamentais, qual seja, à liberdade.

Após uma melhor compreensão e conhecimento em relação aos direitos humanos e a dignidade da pessoa humana, em que foram explicitadas características e prerrogativas, foram analisados contextos históricos de criação, principais diferenciações e formas de aplicação, entende-se por necessário abordar como é adotado esses direitos no cenário dos Hospitais de Custódia e Tratamento, como ocorre essa aplicação, e de que forma isso implica nas garantias dos custodiados.

2.2.1 Perspectiva nos hospitais de custódia e tratamento

O reconhecimento dos direitos humanos das pessoas com deficiência é recente. Historicamente, prevaleceu uma realidade de exclusão, não por desconhecimento da existência ou ausência de informações quanto aos cuidados, mas, sim, por um

completo desinteresse da sociedade em relação a vida delas. Diante desse cenário, a sobrevivência das pessoas com deficiência, em todos os tempos, e em todo o mundo, foi uma verdadeira luta. (SILVA, 1987. p. 14.)

Para Piovesan (2012, p. 381), o tratamento das pessoas com deficiência pela sociedade dividiu-se na fase marcada pela intolerância, pois, acreditava-se que a deficiência era significado de impureza, ou até mesmo de castigo divino, após, houve o segundo período, caracterizado pela indiferença, em que esses indivíduos eram completamente invisíveis, e, portanto, ignorados pela sociedade; na terceira fase, a sociedade passou a enxergar e a entender a necessidade de prestar assistência, compreendendo que a deficiência era uma doença a ser curada. Por fim, no quarto período, as pessoas com deficiência passam a ter seus direitos garantidos, pois as barreiras levantadas na sociedade começaram a ser derrubadas.

Assim sendo, em 1999, na Convenção Interamericana, conhecida como Convenção da Guatemala, buscou-se a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência, conceituando deficiência como “[...] uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social”. (BRASIL. Decreto n. 3.956, 2001)

A Convenção supracitada abarca, também, pessoas com transtornos mentais, sendo, inclusive, um dos grupos que mais demanda tutela estatal na manutenção de condições dignas de existência, pois o transtorno mental afeta a interação social da pessoa, e, em que pese ela possa ter capacidade cognitiva, sua compreensão pode funcionar de forma comprometida, em razão de fenômenos psíquicos, como delírios e confusão mental, causados por doenças como a esquizofrenia. (LOPES, 2009. p. 54-56)

Outrossim, são particularmente vulneráveis as pessoas com transtornos mentais, à restrição arbitrária da liberdade, e ao trato desumano ou degradante, sendo tal situação agravada quando essas internações ocorrem nas dependências e sob os cuidados estatais onde, muitas vezes, sofrem preconceito e outros estigmas, potencializando a situação de desrespeito aos direitos humanos, o que aumenta a vulnerabilidade dessas pessoas. (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2020, p. 592-593)

Não outro o entendimento de Basaglia (1985, p. 107), que confirma o desrespeito para com os direitos humanos dessa parcela vulnerável da sociedade, os de pessoas com transtornos mentais.

Analisando a situação do paciente internado num hospital psiquiátrico [...] podemos afirmar desde já que ele é, antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e excluiu. (BASAGLIA, 1985, p. 107)

Ainda em relação ao fenômeno do desrespeito para com os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, em contexto histórico, foi fundado o Hospital Colônia de Barbacena, com o intuito de ser um hospital psiquiátrico. Arbex (2013, p. 14) ressalta que no período de 1930 a 1980 o hospital se tornou um local de enormes atrocidades, cometidas muitas vezes por quem detinha do dever de cuidar dos internos. Aduz, ainda, que o Colônia era um local tão indigno de vida que durante seus dias de funcionamento ocorreram em média 60 mil mortes.

O Colônia, como é conhecido, segundo Arbex (2013,14), se descaracterizou institucionalmente do seu objetivo de cuidar dos doentes mentais e tornou-se um lugar de barbaridades, onde as agressões psicológicas e físicas começavam na forma em que os pacientes chegavam ao hospital, em um vagão de trem, sem água, nenhum tipo de alimento, e continuavam no tratamento, ao passo em que os pacientes tinham seus cabelos raspados, suas roupas retiradas e seus nomes trocados por números. As práticas ganharam repercussão internacional, levando a Basaglia (1985, p. 109) e outros autores a comparar os pátios do hospital a campos de concentração nazista.

Segundo Arbex (2013, p.15), durante anos os pacientes do Colônia sofreram as maiores atrocidades possíveis, sendo muitas vezes torturados. Assim, o Estado não cumpriu com o dever de Proteção a Dignidade da Pessoa Humana, demonstrado pelo fato de terem morrido mais de 60 mil pessoas nesse espaço. Conforme explana Arbex (2013, p. 18), direitos tidos como básicos não foram respeitados, ainda que o Estado tivesse conhecimento do que ocorria na instituição que era gestor. Resta claro, portanto, que a doença mental torna essas pessoas ainda mais vulneráveis ao desrespeito da sua dignidade humana.

Por isso, buscou-se normas que de alguma forma preservassem os direitos das pessoas com deficiência e, dentre os direitos tradicionalmente garantidos, tem-se, especificamente, o documento internacional relacionado aos direitos humanos dos presos, denominado Regras Nelson Mandela, que aborda a questão da saúde mental,

ou Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, as quais têm por finalidade fixar princípios básicos e regras mínimas para o tratamento dos detentos, e para a estruturação da organização penitenciária. (RAMOS, 2018, p. 217-218)

Algumas das Regras de Nelson Mandela são especificamente direcionadas aos detentos com transtornos mentais, podendo-se destacar a a regra 109, que determina que as pessoas consideradas inimputáveis, ainda durante o curso do processo criminal, não devem ser colocadas em prisões comuns, mas, sim, em estabelecimento voltado aos doentes mentais, sendo examinados e tratados por uma equipe médica de psicólogos e psiquiatras. (REGRAS MÍNIMAS DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O TRATAMENTO DE PRESOS, 1955 P. 10-14)

Decerto, segundo Nucci (2019, p. 528), uma pessoa com deficiência mental que cometeu algum crime, caso considerada de fato inimputável, sendo-lhe aplicada medida de segurança pelo Estado, não poderá ser recolhida a uma cela de delegacia policial ou uma penitenciária comum, ainda que, por razão de não haver disponibilidade em estabelecimento próprio, nesses casos, a solução seja substituir o internamento pelo tratamento ambulatorial. Caso esse direito não seja respeitado, a ilegalidade será patente e poderá ser sanada pelo *habeas corpus*. Nesse sentido, já decidiu o STJ:

Sendo aplicada ao recorrente a medida de segurança de internação, constitui constrangimento ilegal sua manutenção em prisão comum, ainda que o motivo seja a alegada inexistência de vaga para o cumprimento da medida aplicada (precedentes). A manutenção de estabelecimentos adequados ao cumprimento da medida de segurança de internação é de responsabilidade do Estado, não podendo o paciente ser penalizado pela insuficiência de vagas. (STJ, HC 385.198/SC, 2017)

Disposição semelhante pode ser encontrada na Lei de Execução Penal, que estabelece que, se sobrevier doença mental ao condenado, ele será internado em hospital de custódia (art. 108); dispõe ser possível que a pena já aplicada seja substituída pela medida de segurança (art. 183).

Ademais, o Código de Processo Penal aborda o acometimento de transtorno mental após o delito, ou seja, quando à época dos fatos não ficar comprovado que o acusado já detinha o transtorno psíquico, o artigo 152 determina que haja a suspensão do processo, até um restabelecimento do psíquico do acusado, ocasião em que pode o

magistrado determinar a internação do acusado em hospital de custódia e tratamento. (GOMES FILHO; TORON; BADARÓ, 2019, p. 10)

Ainda no que se refere aos presos com transtornos mentais, o Ministério Público, em 2014, por meio das Portarias nº 94 e 95, instituiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Essas portarias tiveram o condão de substituir o modelo adotado, até então, pelos hospitais de custódia e tratamento, de cumprimento das medidas de segurança por medidas terapêuticas, que possuíssem como princípio a busca pelo tratamento por meio aberto, em detrimento ao tratamento realizado no ambiente fechado. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no Sistema Prisional. 2014)

Outrossim, essas medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, prevê acompanhamento por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras, sendo tal equipe formada pelo Sistema Único de Saúde, e, devendo assegurar a aplicação individualizada das medidas terapêuticas, resguardando a necessidade a cada caso concreto, uma vez que, tem por função proteger os direitos fundamentais desses indivíduos, primordialmente o direito a saúde, pois, em que pese essas pessoas com transtornos mentais tenham cometido delitos, e, sejam vistas pela sociedade como presas, nos ambientes de hospitais de custódia elas devem ser tratadas como pacientes. (LIMA, CASTRO, SILVA, 2017. p. 130)

Há ainda, para as pessoas com transtornos mentais os direitos elencados na Reforma Psiquiátrica, tal reforma será vista oportunamente deste trabalho, mas faz-se necessário, desde logo, abordar o artigo 2º da referida legislação. Assim, alude o dispositivo:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I-ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II-ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III-ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV-ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V-ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI-ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII-receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII-ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos; (BRASIL, 2001)

Posto a variedade de documentos que tutelam os direitos das pessoas presas, é de salientar que os direitos cabíveis a todos os outros cidadãos são igualmente aplicáveis aos indivíduos que cometeram algum delito, salvo exceções das mitigações desses direitos, à exemplo o direito à liberdade. No entanto, o que tem ocorrido é uma “naturalização da desumanização da pessoa presa”. (TAVARES, GARRIDO, SANTORO 2020, p. 279-280)

Por conseguinte, no Brasil o tratamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei pauta-se na internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, levando a condições estruturais precárias, pois não comportam todos aqueles cujo Estado aplica uma medida de segurança. Ademais, grande parte dos hospitais de custódia e tratamento não possuem planos para tratamento individualizado, sendo assim os direitos mínimos de existência digna desse grupo não são respeitados. (LOPES; FREIRE, 2016, p. 208)

Segundo Lira (2014, p. 111), os custodiados com transtornos mentais são completamente invisíveis para sociedade, recebendo o estigma de louco e infrator, tendo a dignidade retirada a tal ponto que, o que deveria ser um tratamento, equiparase, na verdade, à tortura, uma vez que “todos os símbolos de sua dignidade lhes são retirados, suas roupas, produtos de higiene pessoal, sua subjetividade, sua integridade física e mental”.

Como bem-visto, a dignidade humana é um direito inalienável, uma vez que é inerente a condição humana, portanto, o tratamento dado aos indivíduos acometidos com doenças mentais deve respeitar tal privilégio, independentemente dos atos praticados por tal sujeito. Os direitos humanos não podem ser enfraquecidos e o Estado tem papel fundamental para que de fato haja o direito fundamental à saúde mental, priorizando também pela integridade física dos seus custodiados. (SARLET, 2002, p. 26)

Assim a proteção dos direitos humanos dos presos revela a necessidade de desconstrução da ideia de exclusão, e do conceito de justiça, relacionado ao sentimento de vingança, ignorando qualquer possibilidade de mudança. (FERREIRA, 2009, p. 02)

Nesse sentido, o entendimento em relação aos direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana mostra-se de uma importância abismal, uma vez que nem sempre é levado em consideração nos casos concretos, conforme será visto mais a frente, e o seu desrespeito é de enorme prejuízo aos custodiados, pessoas enfoque nesse trabalho.

3 A INIMPUTABILIDADE À LUZ DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

Após uma análise acerca dos direitos e garantias fundamentais como um todo, aprofunda-se no que é o pressuposto central desse artigo: os inimputáveis na execução penal. Ante a imprescindibilidade de abordar a inimputabilidade prevista no artigo 26 do Código Penal, é necessário destacar a teoria do crime e os elementos da imputabilidade.

Assim sendo, crime conceitua-se sob três aspectos, quais sejam, material, formal e analítico. O primeiro, baseia-se no grau de reprovabilidade da conduta praticada pelo indivíduo perante a sociedade; o formal trata sobre a previsão em lei do crime, e da possibilidade de sanção penal sobre aquela conduta praticada, ou seja, conduta criminosa é aquela que afronta à disposição legal; ao tempo em que o aspecto analítico, em sua concepção tripartida, significa conceituar como um fato típico, antijurídico e culpável. (ARAÚJO, 2019, p. 270-273)

É de salientar, ainda sobre o aspecto analítico, que há divisão de elementos estruturais, sendo eles, fato típico, antijuridicidade e culpabilidade. No fato típico, há análise da estrutura da conduta, que é tradicionalmente o comportamento humano consciente e voluntário, dirigido a um fim, podendo diferenciar-se por conduta comissiva ou omissiva; do resultado, devendo ser naturalístico, e, sendo as consequências provocadas pela conduta do agente; do nexo causal, sendo o elo entre a conduta e o resultado; da tipicidade, podendo ser formal, conduta do sujeito adequada ao tipo penal, e, material, lesão ou perigo ao bem jurídico tutelado. (NUCCI, 2019, p 247).

Segundo Nucci (2019, p. 248), a antijuridicidade, conhecida também como ilicitude, ocorre quando uma conduta gera um fato em desconformidade ao ordenamento jurídico brasileiro, já a culpabilidade relaciona-se com à reprovabilidade da conduta, e possui os elementos da imputabilidade, potencial consciência da ilicitude e exigibilidade de conduta diversa. Ater-se-á, a partir de agora, a imputabilidade, na medida em que se relaciona diretamente ao tratado no presente trabalho.

Para Nucci (2019, p. 248), “o conjunto das condições pessoais, envolvendo inteligência e vontade, que permite ao agente ter entendimento do caráter ilícito do fato, comportando-se de acordo com esse conhecimento”.

Dessa forma, imputabilidade consiste em um elemento da culpabilidade que exige do sujeito capacidade psíquica suficiente para, no momento da ação ou omissão, entender o caráter ilícito do fato e determinar-se de acordo com esse entendimento. Em suma, é considerado culpável quem possui capacidade de entender e de querer (PIMENTEL, 2015, p. 85)

Não outro o entendimento do doutrinador Araújo (2019, p. 588), quando diz que a imputabilidade seria “uma aptidão genérica para a sujeição à pena. Imputável é aquele a quem se pode atribuir responsabilidade penal”.

Imputar penalmente é uma ação de responsabilizar um indivíduo por determinada infração. Entende-se que o sujeito infrator deve possuir consciência do caráter ilícito do ato praticado, sendo capaz de responder pelos resultados decorrentes. Assim, para atribuir a alguém as consequências de um crime, deve-se averiguar se este possui condições psicológicas, mentais de compreender a ilicitude discutida e de controlar a própria vontade de forma eficaz. (NUCCI, 2019, p. 798)

A imputabilidade é, portanto, a regra, existindo, no entanto, a exceção que são as chamadas causas de inimputabilidade. Nesse sentido, o artigo 26 do Código Penal Brasileiro expõe que há isenção da pena quando o agente, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, no momento do delito, era incapaz de compreender a ilicitude do fato ou de conduzir-se em consonância com essa compreensão. Assim, inimputáveis são as pessoas que não têm a capacidade mencionada acima, senão vejamos: (DELMANTO, 2010, p. 135).

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Isso significa que vigora na Lei Penal o critério biopsicológico, segundo o qual não basta que o agente possua alguma enfermidade mental, fazendo-se necessário que exista prova que tal transtorno realmente afetou a capacidade de compreensão do caráter ilícito do fato ou determinante de seu conhecimento, à época do fato. Essa teoria é a junção dos critérios para a confirmação da inimputabilidade do agente, critérios esses expostos no caput, biológico, existência de doença mental; e psicológico, absoluta incapacidade. (TOURINHO, 2013, p. 45)

A inimputabilidade, como bem destacou Damásio de Jesus, ocorre quando não há imputabilidade, sendo este o primeiro elemento da culpabilidade, assim sendo não se configura a culpabilidade, e, em decorrência, não há pena. De tal modo, em caso de

inimputabilidade, o indivíduo que praticou o fato típico e antijurídico deve ser absolvido, aplicando-se medida de segurança. (JESUS, 1999, p. 499)

Araújo (2019, p. 620) entende que a inimputabilidade se constitui de dois elementos: o primeiro, denominado intelectual, tem relação com a capacidade de compreensão do caráter ilícito do fato praticado; o segundo, denominado volitivo, é a capacidade que o agente tem de se determinar de acordo com essa compreensão. Nesse sentido, assegura-se que para além de compreender a realidade e suas circunstâncias, o sujeito deve ter tido controle de sua vontade ao realizar a infração, para assim ser considerado penalmente imputável.

Complementando os conceitos esposados acima, Greco (2019, 444), aborda que a inimputabilidade penal:

[...] é constituída por dois elementos: um intelectual (capacidade de entender o caráter ilícito do fato), e outro volitivo (capacidade de determinar-se de acordo com esse entendimento). O primeiro é a capacidade (genérica) de compreender as proibições ou determinações jurídicas. O segundo, a capacidade de dirigir a conduta de acordo com o entendimento ético-jurídico.

A análise da imputabilidade do agente trará consequências em relação a espécie de sanção penal imposta. Assim, na lição de Nucci (2019, p. 812), “caso o réu seja considerado imputável à época do crime, receberá pena; se for inimputável, caberá medida de segurança.”

Neste ponto, é importante lembrar que a medida de segurança, justamente por levar em consideração a inimputabilidade do agente, tem finalidade preventiva, terapêutica, não se preocupando com a retribuição do mal causado pela prática da infração penal, enquanto a pena, aplicável ao imputável, possui finalidade retributiva e preventiva. Seria, no mínimo, incongruente aplicar uma sanção penal com finalidade retributiva àquele que não possui a capacidade de compreender o injusto penal ou de se determinar de acordo com essa compreensão.

Em que pese o “*caput*” do artigo 26 do Código Penal tratar sobre a inimputabilidade, o parágrafo único do referido artigo se refere a semi-imputabilidade, ocasião em que a imputabilidade está diminuída, pois o agente, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, cuja pena poderá ser reduzida de um a dois terços. (GRECO, 2019, p. 517)

A diferença entre a semi-imputabilidade e a inimputabilidade ocorre, pois, o parágrafo único se refere à perturbação da saúde mental, enquanto o “*caput*” prevê a doença mental; a segunda diferença ocorre uma vez que na inimputabilidade o agente não está inteiramente capacitado de compreender a ilicitude de sua conduta, ou de agir em conformidade com este entendimento, todavia, na semi-imputabilidade esta capacidade está apenas diminuída (GRECO, 2019, p. 518).

Merece ser ressaltado que, se houver condenação na hipótese do parágrafo único do artigo 26 do Código Penal, e o condenado precisar de tratamento especial, o juiz poderá substituir a pena privativa de liberdade pela internação, ou tratamento ambulatorial, com base no artigo 98 do Código Penal, conforme será detalhado mais à frente.

Em síntese, o imputável é aquele indivíduo que tem consciência e expressa vontade no ato que origina um crime, ao passo que o inimputável é o agente que, embora tenha cometido o delito, não tinha nenhuma capacidade para entender o caráter ilícito do fato ou de se determinar de acordo com essa compreensão. Já por semi-imputável entende-se por aquele sujeito que não era totalmente incapaz de entender o delito que cometeu, mas sabia do que se tratava. É de ressaltar, que nas duas últimas hipóteses se faz necessário a presença de uma doença mental ou um desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

Então, inimputabilidade é a capacidade da culpabilidade, é a aptidão para ser culpável. Como afirma Muñoz Conde (1988, p.137), “quem carece desta capacidade, por não ter maturidade suficiente, ou por sofrer de graves alterações psíquicas, não pode ser declarado culpado, e, por conseguinte, não pode ser responsável penalmente por seus atos, por mais que sejam típicos e antijurídicos”.

Deste modo, resta claro e evidente a importância sobre o estudo e um melhor entendimento em relação as hipóteses de inimputabilidade dispostas sobre o Código Penal brasileiro.

3.1 HIPÓTESES DE INIMPUTABILIDADE

Existem três sistemas definidores dos critérios fixadores da inimputabilidade ou culpabilidade diminuída: o sistema biológico, o psicológico e o sistema biopsicológico. O sistema biológico condiciona a responsabilidade à saúde mental, à normalidade da mente. Nesse caso, se o agente for portador de uma grave deficiência mental, deverá ser declarado irresponsável, sem a necessidade de indagar sobre as suas percepções da ilicitude do fato. Já no sistema psicológico, é declarada a irresponsabilidade se o agente, ao tempo do crime, não tinha capacidade de apreciar a criminalidade do fato e de determinar-se de acordo com essa apreciação, por qualquer motivo, não sendo necessário que a causa seja uma doença mental. (BITENCOURT, 2019, p. 486)

Há ainda o sistema biopsicológico, adotado pelo direito penal brasileiro como regra geral, que consiste na reunião dos dois primeiros sistemas apresentados, entendendo, portanto, que a responsabilidade só é excluída se o agente, no momento da ação ou omissão, em razão de enfermidade ou retardamento mental, era incapaz do entendimento ético-jurídico e de se autodeterminar conforme esse entendimento. (BITENCOURT, 2019, p. 486)

As excludentes de imputabilidade podem ser divididas quanto as que dizem respeito ao agente e quanto as que tratam do fato. As que se referem ao agente são: existência de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, sendo essa de fundamental importância para esse estudo; a existência de embriaguez decorrente de vício e a menoridade; quanto ao fato são: coação moral irresistível; obediência hierárquica; embriaguez decorrente de caso fortuito ou força maior; erro de proibição escusável; discriminantes putativas. (NUCCI, 2019, p. 253)

Com base no exposto, vale trazer a classificação de Araújo (2019, p. 626) acerca das excludentes da imputabilidade:

A imputabilidade poderá ser afastada por:

- 1ª) doença mental;
- 2ª) desenvolvimento mental incompleto;
- 3ª) desenvolvimento mental retardado;
- 4ª) embriaguez completa proveniente de caso fortuito ou força maior;
- 5ª) Menoridade.

Ater-se-á, no presente trabalho, as causas excludentes de imputabilidade atinentes ao agente, mais especificamente relacionadas a doença mental, ao desenvolvimento mental incompleto ou retardado, na medida em que estas se relacionam diretamente ao cumprimento da medida de segurança enquanto sanção penal.

Como já afirmado, as condições para o agente ter compreensão do que faz demanda análise do aspecto biopsicológico, ou seja, verifica-se se o indivíduo é, ao tempo do fato, mentalmente são, possuindo, portanto, capacidade de entender a ilicitude do fato, e ainda, de determinar-se de acordo com esse entendimento. (MADEIRA, 1999, p.115-116)

A inimputabilidade, total ou parcial, pode ocorrer por consequência da demência na doença de Alzheimer, demência vascular, transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais, esquizofrenia, transtornos de humor, entre outros, segundo a classificação de “Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10” realizada pela Organização Mundial de Saúde – OMS. (QUEIROZ, 2018, p. 393)

Nas palavras de Tourinho (2013, p. 45), o Código Penal divide os distúrbios psíquicos em três categorias: a doença mental, desenvolvimento mental retardado e desenvolvimento mental incompleto. Em consideração sobre o tema adverte que, na prática, é quase impossível sintetizar as doenças da mente numa lista nominal, e afirma que o próprio código não o faz. A Justiça deve decidir caso a caso o destino de cada paciente.

De acordo com Nelson Hungria (1978, p. 485), para distinguir os transtornos mentais para aplicação do direito penal:

Não basta diagnosticar, por exemplo, que o agente é portador de psicose maníaco-depressiva, de epilepsia, de paranoia ou de debilidade mental, pois há maníacos depressivos, epiléticos, paranoicos ou débeis mentais que não são desprovidos dos pressupostos psíquicos da responsabilidade: depende isto do período ou grau de evolução da doença ou deficiência mental, da estrutura psíquica do indivíduo e da natureza do crime. Devem ter-se em vista, igualmente, os prolongados “intervalos lúcidos” ou “períodos livres”, próprios de certas doenças mentais. Em qualquer dos casos acima citados, a culpabilidade pode ser menor, e autorizará uma atenuante de pena (parágrafo único do art. 22), mas a responsabilidade não deixa de existir.

Levando em conta o critério biopsicológico trazido anteriormente, faz-se necessário abordar o conceito de doença mental. Segundo Guido Arturo Palomba (2003, p. 153), doença mental é um quadro de alterações psíquicas qualitativas, “que se manifestam por rebaixamento global das esferas psíquicas, uma vez que solapam do indivíduo o

entendimento e o livre arbítrio, que se diga de caminho, são arquivadas da responsabilidade penal.”

A definição proposta no II Congresso Latino-Americano de criminologia realizado em Santiago, Chile, em 1941, sobre doença mental foi o conceito adotado pelo Código Penal brasileiro inicialmente, qual seja: “Doença mental é toda alteração patológica, mais ou menos prolongada, das funções psíquicas, a qual impede a adaptação do indivíduo às normas do meio ambiente, com perigo ou prejuízo para si próprio e para a sociedade” (HUNGRIA, 1982, p. 279).

Para Foucault, a doença mental caracteriza por:

Uma perturbação na coerência normal das associações – como um fracionamento do fluxo do pensamento – e por outro lado, por uma ruptura do contrato afetivo com o meio ambiente, por uma impossibilidade de entrar em comunicação espontânea com a vida afetiva do outro (FOUCAULT, 1998, p.8)

Em contraponto, no entendimento de Masson (2019, p. 659) dentre as doenças mentais capazes de ensejar a exclusão da imputabilidade penal, destacam-se a epilepsia condutopática, epilepsias em geral, neuroses, esquizofrenia, paranoias, psicoses etc.

Para Zaffaroni, Batista, Alagia e Slokar (2015, p. 145):

Aqueles que ensaiaram elaborar um conceito jurídico de doença mental propiciaram aquilo que é conhecido como bipolaridade do conceito de doença mental, chegando-se a sustentar que o conceito jurídico seria mais abrangente que o médico ou que as verdadeiras enfermidades mentais seriam apenas as psicoses endógenas.

Quanto ao desenvolvimento mental retardado, referencia-se com o que os psiquiatras classificam de “oligofrenias”, em suas formas tradicionais: idiotia, imbecilidade e debilidade mental, em outras palavras, é aquele em que possui prejuízos no coeficiente intelectual, por deficiência de saúde mental. (BITENCOURT, 2019, p. 493)

Nesse sentido, segundo conceituado por Aníbal Bruno (1967, p. 133):

São formas típicas, que representam os dois extremos e o ponto médio de uma linha contínua de gradações da inteligência e vontade e, portanto, da capacidade penal, desde a idiotia profunda aos casos leves de debilidade, que tocam os limites da normalidade mental. São figuras teratológicas, que degradam o homem da sua superioridade psíquica normal e criam, no Direito punitivo, problemas de inimputabilidade ou de imputabilidade diminuída em vários graus.

Por sua vez, o desenvolvimento mental incompleto está ligado aos que não desenvolveram o cérebro totalmente, havendo ausência de maturidade psicológica

para compreender as disposições da vida em sociedade, como o menor de idade, bem como o surdo e mudo de nascença e os silvícolas. Para Bitencourt (2019, p. 494), os surdos-mudos e os silvícolas ensejam no rol de desenvolvimento mental incompleto, pois, “em virtude de sua peculiar condição pessoal, podem sofrer os mesmos efeitos psicológicos”.

Nesses casos, “a psicopatologia forense determinará, em cada caso concreto, se a alteração na percepção sensorial da realidade provocada pela surdo-mudez, e se a falta de adaptação social dos silvícolas conduz à incapacidade referida pela lei”. (COSTA E SILVA, 2004, p.181)

No livro *Incógnito: As Vidas Secretas do Cérebro*, o neurocientista David Eagleman, diretor do Laboratório de Percepção e Ação do Baylor College of Medicine, no Estado do Texas onde também dirige a pesquisa Neurociência e Justiça, discorre sobre até onde o cérebro ou a vontade comandam as ações humanas e relaciona essa importância em nosso sistema punitivo.

Os cérebros das pessoas podem ser muito diferentes, influenciados não só pela genética, mas pelo ambiente em que foram criadas. Muitos “patógenos”, químicos e comportamentais, podem influenciar seu comportamento; estes incluem abuso de substâncias pela mãe durante a gravidez, lesões na cabeça que podem lesionar o cérebro, modificando a

capacidade de tomada de decisões. (EAGLEMAN, 2011, p.170)

Analisando a história, depara-se com a presença das perturbações mentais, desde a época mais antiga da vida do ser humano. Sobre o tema, Moraes Filho (2006, p. 2) diz que: “a loucura surge com o homem e o acompanha durante toda a história da sua evolução, é como se esta qualidade de indivíduo fizesse parte da estrutura de qualquer grupo, sociedade ou civilização, seja ela politicamente organizada ou não”.

Em algumas comunidades primitivas, o sujeito acometido de distúrbios mentais era visto como ser especial, dotado de dons e poderes outorgados pelas divindades. Recebia o apreço da comunidade, pois para eles as alterações do estado de consciência, tinha um caráter teológico. No entanto, com o passar do tempo, a loucura passa a ser vista de forma diferente. Acredita-se que o acometido de distúrbio mental tem sobre ele o domínio demoníaco. Passa então, a não ter a simpatia da sociedade, causando medo aos homens e sendo rejeitados na comunidade. Como não havia lugares específicos para eles, os que possuíam família ficavam reclusos em suas casas, longe da vista de todos, já os que não possuíam, ficavam entregues à própria sorte, perambulando pelas ruas. (MORAES FILHO, 2006, p. 2).

Sob outra abordagem, no Direito Romano, percebe-se uma apreensão referente a capacidade civil dos loucos. Há registros de uma classificação dos tipos de comportamento dos considerados loucos: o furioso, o demente, alienado mental, e o imbecil, louco incapaz de gerir seus próprios bens. Nesse interim, o louco sem domicílio ou parentes, começa a ser tutelado pelo Estado, percebendo-se um protótipo de medida de segurança, conforme aduz Moraes Filho (2006, p.2):

Bastante evoluída para a época, também foi a ideia dos romanos de que a punição dos loucos não seria cabível, pois a sua doença, considerado como um castigo dos deuses devido à falta cometida anteriormente ou por livre arbítrio destes, já seria a própria pena. Vejamos as duas correntes que explicavam e defendiam a irresponsabilidade dos loucos por seus atos: para Modestino, o louco era digno de compaixão; para Gaio, faltava aos loucos a compreensão da realidade.

Pinel, no século XVIII, ao exibir a ideia da loucura enquanto déficit moral abriu caminho para o surgimento e influência da Psiquiatria como uma forma de controle do sujeito. Os conhecidos como loucos no século XVIII “[...] vão sair das prisões, torres e casas de força e vão para os hospitais gerais. Tornam-se assunto para os médicos” (BARROS-BRISSET, 2011, p. 44). Outrossim, quando a Psiquiatria garantiu para si o direito de interferir na loucura em sua colisão com o crime, ela passou a orientar seus trabalhos a partir de uma perspectiva de higiene pública, conseguindo assim grande autoridade na sociedade daquele tempo.

Pinel não fez nenhum esforço para separar a loucura da delinquência; ao contrário, foi ao classificar o doente mental como aquele que traz em si um déficit moral intrínseco, em razão das lesões deficitárias permanentes que o fazem portador de um mal moral, que amarrou definitivamente, no plano conceitual, uma coisa à outra. A ideia da delinquência passou a ser identificada como uma característica da loucura. (BARROS-BRISSET, 2011, p. 47)

No século XIX os crimes altamente assustadores, hediondos e supostamente sem alguma motivação eram creditados à loucura. Foucault (2006, p. 7) aponta sobre “[...] uma loucura que só teria por sintoma o próprio crime”. Psiquiatria e suas exercícios produziram como obra esse conceito de uma loucura que só se manifestava em delitos monstruosos, nomeada de monomania homicida, que foi “[...] o ponto de partida para a concepção da noção de indivíduo perigoso, cujo processo se desenvolveu ao longo de 100 anos para se estabelecer no corpo conceitual das práticas jurídicas”. (BARROS-BRISSET, 2011, p. 38)

A Psiquiatria passou então a realizar estudos sobre a gênese da loucura. Loucura essa, que no século XIX ficou conhecida como um estado doentio que ocasionava

grande ameaça para o convívio em sociedade, estando conectada às más condições de vida. Tais conceitos foram registradas por Morel, médico psiquiatra, posterior a Pinel, e ganharam o nome de teoria da degeneração. (GOMES, 2013, p. 86).

No final do século XIX, Lombroso, médico psiquiatra e antropólogo, sugeriu que delinquência e loucura poderiam ser situadas a partir de alguns sinais na mente e no corpo do sujeito. Este autor batizou estes indivíduos como criminosos natos e assegurou que estes teriam maior aptidão a cometer delitos, ou seja, eles tenderiam ao crime. (BARROS-BRISSET, 2011, p. 40)

Barros-Brisset (2011, 46) assinala que com Lombroso “[...] não havia mais diferença entre demência e delinquência. Só havia demência, o delinquente é um doente que precisaria mais de médicos do que do direito penal”. Por conseguinte, passa-se a crer que os atributos que admitiam identificar o criminoso e/ou o louco eram passadas de forma genética e o afastamento seria a melhor forma de dirigir o tratamento de todo e qualquer tipo de insanidade e de proteger a sociedade dos perigos dela sucedidos. (GOMES, 2013, 88)

A Psiquiatria, no século XX, não interferia somente nos mais assustadores crimes, mas também em todos os tipos de transgressões. O juízo da periculosidade atrelada à loucura e incorporada no sistema jurídico deveria, segundo Barros-Brisset (2011, p.46), proporcionar uma construção especial para tratar o sujeito ameaçador, separando-o da sociedade até deter a sua periculosidade em nome da defesa social. Surge, então, um novo método de contenção desses casos, a medida de segurança, um cuidado ao estado perigoso do sujeito portador do déficit moral.” (BARROS-BRISSET, 2011, p.47).

Nesse sentido, mostra-se imprescindível o estudo do momento de declaração da inimputabilidade do agente no processo penal, em relação a sua produção, confiabilidade e valoração, haja vista que são os meios de prova que permite, então, fundamentos necessários para uma eventual absolvição imprópria, como também embasamento para uma possível acusação.

3.2 DECLARAÇÃO NO PROCESSO PENAL

O interlaço das relações do Direito com a loucura vem sendo examinada há aproximadamente dois séculos. Respaldação pela ciência psiquiátrica, o Direito fez surgir a figura da inimputabilidade, buscando cumprir certa aliança entre os ideais humanitários da contemporaneidade e de sua função social, de garantir a segurança e a paz de uma universalidade que a ele se submete. (GOMES, 2013, 90)

A observância dos fatos tratados no tópico anterior leva a conclusão de que não cabe a presunção da inimputabilidade, tal condição exige comprovação através de perícia, sendo irrefutável a absoluta certeza. Assim, dar-se ao laudo psiquiátrico um papel essencial para a compreensão da medida de segurança aplicada aos inimputáveis, pois este é o organizador dos conceitos como prevenção, periculosidade, tratamento adequado e adaptação necessária, uma vez que, ele demonstra as principais características sobre o indivíduo infrator, trazendo a doença mental dele como um ensejador da inimputabilidade.

Não é o bastante apenas a alegação em sede de defesa o pedido de incidente de insanidade mental do acusado, a fim de reconhecer a inimputabilidade. Para que se instaure o incidente, é necessária uma dúvida devidamente fundamentada sobre as faculdades mentais do agente, não sendo acolhido pedido de perícia comprovado por simples atestado médico de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico.

A finalidade principal de um laudo psiquiátrico é responder aos quesitos elaborados pelo juiz, fornecendo a justiça relatório com o exame psíquico do sujeito infrator, que nessa fase passa a ser chamado de “periciando”. Em que pese o relatório em sua conclusão deva apresentar um diagnóstico que esteja inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID), é perfeitamente possível que os peritos conclua pela ausência de transtorno mental, levando, portanto, o juiz a declarar o periciando imputável. (QUEIROZ, 2018, p. 400)

Quando da não aceitação de uma perícia, pode, todavia, exigir uma nova perícia desenvolvida por perito diverso. Para Masson (2019, p. 305), “ao julgar a pretensão punitiva, o juiz não estará adstrito às conclusões dos peritos, podendo afastá-las, desde que fundamentadamente”. No entanto, o juiz pode levantar divergências

apenas de fatores psicológicos e subjetivos do ator penal, deixando os fatores biológicos na competência do laudo médico pericial.

Esse entendimento, ainda conforme Masson (2019, p. 305), é exceção à regra do artigo 182 do Código de Processo Penal, que versa: “O juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte”.

Segundo Queiroz (2018, p. 400), os peritos são chamados para responder dois principais quesitos: se o agente era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento; e se o agente apresenta periculosidade.

Decerto, para que o perito psiquiatra chegue a um laudo conclusivo, é necessário que ele tenha em mãos os resultados de uma avaliação psicológica. Entretanto, os indivíduos ao serem examinados, podem passar aos peritos as imagens que entendem serem as mais convenientes para o momento, conforme destaca Mattos (2019, p. 178), “os testes projetivos podem, então, denunciar estruturas psíquicas que o examinando procura ocultar”.

Mesmo que sejam praticados atos horripilantes, que inspirem dúvidas quanto à saúde mental do indivíduo, a mera conduta antissocial e desprovida de remorso ou culpa, não se faz satisfatório para determinar a existência de alguma enfermidade mental apta a retirar do agente a capacidade de compreensão da realidade. Por conta disso, faz-se indispensável a realização de exames psicológicos para examinar a lucidez do sujeito, uma vez que o instituto da inimputabilidade deve ser aplicado aqueles que possuem uma visão completamente alterada dos fatos. (TAVOLARO, 2004, p. 17)

Quanto a isso, Casoy leciona (2004, p. 32):

Insanidade, repetidamente alegada em tribunais para a tentativa de absolvição do assassino, não é uma definição de saúde mental, como muitos acreditam. Seu conceito legal se refere à habilidade do indivíduo em saber-se suas ações são certas ou erradas no momento em que elas estão ocorrendo.

É de salientar que a arguição de insanidade mental, frequentemente utilizada nos tribunais para buscar a absolvição dos indivíduos, merece atenção em sua apreciação, sobretudo com a avaliação de profissionais especializados, que poderão, com base nos exames psicológicos, afirmar a existência de alguma doença mental, capaz de ensejar a inimputabilidade do sujeito. (MATTOS, 2006, p. 179),

Portanto, Casoy (2004, p. 267) assinala a necessidade de estabelecimento do incidente de sanidade mental, afirmando que:

O incidente de sanidade mental é instaurado quando existe a suspeita de que o acusado, em qualquer tipo de crime, possa ser doente mental. O processo fica suspenso e o acusado é submetido ao exame, até que se comprove ou se descarte essa possibilidade. No caso de haver um quadro mental que tenha relação direta com o crime cometido, o réu é isento de pena (inimputável) e a medida de segurança é aplicada, por ser o criminoso considerado perigoso.

A importância do incidente de sanidade mental manifesta-se na adequada avaliação da imputabilidade penal do indivíduo, para verificar, se à época do fato, esse possuía condições físicas e psíquicas de compreender a ilegalidade dos atos cometidos. Busca-se, com isso, evitar as falsas alegações de enfermidade mental instigadas pela defesa do agente, procurando apenas sua absolvição, que nesse caso, se daria de maneira injusta. (TAVOLARO, 2004, p. 20)

A tese da defesa de alegar insanidade foi tema do filme *Um Estranho no Ninho*, dirigido em 1975 pelo diretor tcheco Milos Forman. No filme, conta-se a história de Randall McMurphy, interpretado por Jack Nicholson, um preso normal que finge de louco para ser transferido da prisão para um asilo.

Os conflitos de Randall com a enfermeira-chefe são punidos inicialmente com uma sessão de eletrochoque, procedimento médico afastado por comprovar-se ineficaz ao tratamento, caracterizado apenas com o intuito de punir, e, posteriormente, com a realização de lobotomia, que, como muitas vezes ocorreu na realidade, levou o paciente a uma vida vegetativa. O filme foi importante para que esses métodos utilizados entrassem em desuso, para serem substituídos por drogas medicinais.

Isto posto, resta inequívoco que a comprovação da inimputabilidade do agente confere efeitos ao processo penal, permitindo a aplicação da medida de segurança e a internação do agente nos Hospitais de Custódia e Tratamento, sendo essa consequência o que acarreta ao ponto principal da pesquisa proposta. Serão agora especificados os fatores mais importantes da medida de segurança, instituto previsto pelo Código Penal como pena adequada aos considerados inimputáveis.

4 MEDIDA DE SEGURANÇA

Após breve exposição no que concerne aos inimputáveis, mostra-se de extrema importância, para melhor entendimento do presente trabalho, o estudo sobre a medida de segurança e as suas espécies no Direito Penal Brasileiro, haja vista que são essas que embasam a fundamentação do ingresso dos inimputáveis aos Hospitais de Custódia e Tratamento, transformando-os em custodiados do Estado.

A medida de segurança é uma espécie de sanção penal imposta pelo Estado aos inimputáveis ou semi-imputáveis que praticam algum crime e que, devido ao alto grau de periculosidade, ensejam risco de voltarem a cometer novos delitos. A medida de segurança, em que pese mantenha semelhança com a pena, uma vez que limita o bem jurídico liberdade, tem finalidade diversa, na medida em que se afasta da ideia de retribuição, visando, apenas, resguardar a sociedade da ação de delinquentes ameaçadores, tentando recuperá-los com tratamento clínico. (BITENCOURT, 2019, 496).

Não outro é o entendimento de Nucci (2019, p.527), ao afirmar que a medida de segurança é definida como uma espécie de sanção penal, com caráter preventivo e curativo, visando evitar que o infrator, sendo esse inimputável ou semi-imputável, cometa outros delitos penais, uma vez que receba o tratamento adequado.

No mesmo sentido, o pensamento de Cunha (2014, p. 144), quando afirma que “as medidas de segurança são um dos instrumentos utilizados pelo Estado na resposta à violação da norma penal incriminadora, quando há inimputabilidade do agente”, e ainda, quando assegura que a finalidade da medida de segurança, diversamente da pena, é fundamentalmente preventiva, buscando evitar que o agente volte a delinquir, e, assim, atendendo a segurança social, especialmente, ao empenho na cura daquele a quem é imposta.

A respeito de uma resumida definição sobre medidas de segurança no núcleo do contexto jurídico brasileiro as considerações de Abdala-Filho e Souza (2009, p. 182), viabilizam compreender que:

A Medida de Segurança é um procedimento jurídico aplicado a pessoas que cometeram um ato criminoso, mas que, por motivos psiquiátricos, não podem responder penalmente por ele. Os transtornos mentais que afetam a esfera cognitiva podem comprometer parcialmente ou mesmo anular inteiramente a capacidade de entendimento de um determinado ato ilícito ou a capacidade

de determinação de acordo com o seu entendimento (quando afeta a capacidade volitiva) (ABDALA-FILHO, SOUZA, 2009, p. 182).

Por conseguinte, a medida de segurança será aplicada aos inimputáveis e/ou semi-imputáveis dotados de periculosidade, praticantes de injustos penais, pelo juízo da execução penal, que a aplicará conforme a competência expressa na Lei de Execução Penal (LEP), artigo 66, inciso V, alínea “d”. (BRASIL. Lei Nº 7210, de 11 de julho de 1984)

As medidas de segurança são, portanto, sanções penais destinadas aos autores de um injusto penal punível, embora não culpável em razão da inimputabilidade do agente. Ou seja, tais medidas, para serem aplicadas, exigem o concurso simultâneo de todos os requisitos e pressupostos do crime, com exceção da imputabilidade do autor, unicamente. (QUEIROZ, 2010, p. 437).

Alguns princípios essenciais ao direito penal, norteadores das penas, aplicam-se, também, às medidas de segurança, em destaque o princípio da legalidade e o princípio da proporcionalidade. Ao primeiro, importa dizer que as medidas de segurança se submetem a reserva legal, uma vez que configuram formas de invasão da liberdade do indivíduo pelo Estado. Ao segundo princípio, importante salientar que, diferentemente da aplicação da pena, o magistrado não observa a gravidade da conduta, mas, especialmente, o grau de periculosidade do agente. (CUNHA, 2014, 150).

O marco legal da medida de segurança no Brasil foi a sua instituição no Código Penal Brasileiro em 1940, prevendo que as pessoas acometidas por transtornos mentais seriam julgadas levando em consideração seu nível de discernimento mental. Assim, seria avaliado a periculosidade do indivíduo no ato ilícito, o que significa dizer que será estudado o grau de perigo que esse inimputável oferece para a sociedade. Decerto, a acepção de periculosidade remete-se como a “probabilidade de delinquir”. (PRADO E SCHINDLER, 2017, p. 92)

Nesse interim, o conceito de periculosidade surge do pensamento do positivismo criminológico, base da medida de segurança, sob o contexto de defesa da sociedade em face dos indivíduos que, em que pese sejam inimputáveis, são considerados perigosos. Assim, a periculosidade é compreendida como uma espécie de juízo de valor que se faz acerca da probabilidade daquele indivíduo delinquir, ou se assim já tiver ocorrido, de voltar a delinquir, conforme dispõe Foucault (1987, p. 77).

Ainda segundo os autores (PRADO E SCHINDLER, 2017, p. 92), há uma avaliação realizada através de exame pericial que determina essa periculosidade do agente, tal avaliação é denominada de incidente criminal e é realizada por Médicos Psiquiatras. Em que pese exista essa avaliação, permanece uma incerteza quanto a periculosidade do agente, pois ainda que o exame comprove o perigo no ato da avaliação, não significa dizer que a periculosidade permanecerá ou cessará futuramente.

Por conseguinte, o tempo a que o paciente será submetido à medida de segurança está fortemente ligado ao tempo que levará para se comprovar como não perigoso em um novo exame. Assim, esse fundamento acaba permitindo que haja uma intervenção sem uma determinação concreta. (PERES; NERY FILHO, 2002, p. 108).

A periculosidade, portanto, é um conceito vazio em si e quando utilizado para a aplicação da medida de segurança tem o objetivo de julgar não o delito, mas a personalidade do paciente, de maneira interligada ao entendimento da criminologia positivista. Deste modo, o fundamento da medida de segurança é arriscado e deve ser revisto, já que traz uma punição camuflada de tratamento, possuindo uma aplicação muitas vezes mais gravosa que a própria pena criminal. (TEIXEIRA, 2014, p. 100)

Conforme aduz Arruda e Junqueira (2020, p. 146):

O pressuposto da medida de segurança, que é o tratamento de periculosidade até a sua cessação também é uma falácia conveniente ao sistema, uma vez que a periculosidade não passa de um juízo prognóstico e, como tal, impassível de certezas. Mais do que isso, a capacidade preditiva da periculosidade é baixa, o que se demonstra através do falso positivo: quando o sujeito tido como perigoso não volta a reincidir; e o falso negativo: quando mesmo afastada a periculosidade, o sujeito reincide. Há ainda, aqui, uma falaciosa ligação da prática do crime com o transtorno psíquico, como se o doente mental não pudesse praticar ilícitos não relacionados à sua doença, lembrando que não há prova que o doente mental tenha maior probabilidade de praticar um crime do que o sujeito sadio. Além disso, ao tentar predizer uma conduta criminosa futura, a periculosidade atua para a estigmatização do sujeito, na contramão de um Direito Penal que deveria tender à ressocialização.

Segundo entendimento de Queiroz (2018, p. 394), a periculosidade é a probabilidade de um inimputável ou semi-imputável cometer crimes em sequência, quando não contidos com tratamentos. Portanto, não se avalia apenas o crime em unicidade, mas a segurança da coletividade ante um sujeito considerado incapaz de entender o ato criminoso. Outrossim, o direito penal brasileiro, distingue a periculosidade em

presumida ou real. A periculosidade presumida é aquela conferida a um inimputável, assim, quando um portador de doença mental comete uma infração penal, ele será tratado como perigoso desde logo. Já a periculosidade real, necessita de perícia, e, é aplicável ao semi-imputável, quando do entendimento do juiz.

4.1 PROCEDIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

O atual Código Penal brasileiro adota sob o aspecto da utilização das sanções penais o sistema dualista, na modalidade denominada vicariante, o que significa dizer que a medida de segurança se coloca concorrentemente com a pena como forma de reação penal, caracterizando-se por impor a pena ou a medida de segurança ao semi-imputável, vedando-se a aplicação cumulativa ou sucessiva. (FRAGOSO, 1985, p. 405)

Assim, não existe mais a aplicação dupla da pena e medida de segurança a um mesmo agente, seja ele imputável ou semi-imputável. A partir da reforma do Código Penal de 1984, “o juiz somente pode aplicar pena ou medida de segurança” (NUCCI, 2021, p. 830), não havendo mais a aplicação duas sanções em um mesmo indivíduo cumulativamente.

Isso ocorre em atenção ao princípio do *ne bis in idem*, pois é proibido que uma pessoa seja processada, julgada e condenada mais de uma vez pela prática do mesmo ilícito, mesmo que os fundamentos e os fins de uma ação e outra sejam distintos, ao final são duas consequências pelo mesmo ato cometido. Entretanto, o fundamento da pena passa a ser exclusivamente a própria culpabilidade, enquanto a medida de segurança encontra justificativa somente na periculosidade aliada à incapacidade penal do agente no momento dos fatos praticados. (BITENCOURT, 2012, p. 914)

Quanto aos semi-imputáveis, Carvalho (2020, p. 561) explica:

Mesmo nos casos de semi-imputabilidade, nos quais há possibilidade de aplicação de ambas as respostas punitivas, o magistrado deve optar prioritariamente pela pena (reduzida pela minorante do art. 26, parágrafo único, do Código Penal) e, em casos excepcionais, substituir pela medida de segurança, nos termos do art. 98 do Código Penal.

Há casos em que o laudo do semi-imputável informa que a necessidade de tratamento especial, assim, o magistrado concordando, poderá trocar a pena por medida de

segurança, haja vista ter sido provada a sua periculosidade. É de ressaltar, que o Brasil adota o sistema vicariante, sendo permitido somente a aplicação de uma das sanções penais, como foi explanado anteriormente. (MASSON, 2015, p. 598)

Como expõe Bitencourt (2012, p. 932) medida de segurança divide-se em duas espécies, medida detentiva, que enseja a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico; e a medida restritiva, que pode substituir a internação ao encaminhar o inimputável para tratamento ambulatorial, caso o ato previsto como crime seja punível por detenção e as condições pessoais do agente constem compatibilidade com a medida mais liberal.

Nas palavras de Masson (2015, p. 600):

São apenas duas espécies de medidas de segurança previstas com a reforma penal: a primeira, detentiva, é a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou à falta, em outro estabelecimento adequado, e a segunda, de caráter restritivo, constitui-se na sujeição a tratamento ambulatorial. Ficaram abolidas outras medidas pessoais (internação em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional, liberdade vigiada, proibição de frequentar determinados lugares e exílio local) e as patrimoniais (interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade associação e confisco.

Nessa mesma toada, a medida de segurança detentiva é relativa à internação psiquiátrica e deverá ser cumprida em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outros estabelecimentos similares, antigamente chamados de manicômios judiciários. Já a espécie tratamento ambulatorial, medida restritiva, tem como principal característica “a imposição do acompanhamento médico-psiquiátrico sem a obrigatoriedade de que o paciente permaneça recluso na instituição”, é um tratamento externo sem a restrição da liberdade do paciente. (CARVALHO, 2020, 556)

Isso posto, Nucci (2021, p. 832) esclarece que a aplicação da medida de segurança na espécie de internação equivale a pena em regime fechado, uma vez que o sujeito fica detido, sujeitando-se a tratamento médico interno. Em contrapartida, a medida de segurança na espécie de tratamento ambulatorial, não se faz necessário a internação, ficando o sujeito condicionado a comparecer ao médico no tempo pré-determinado.

Para o agente inimputável, o juiz determinar sua internação, caso o indivíduo tenha praticado crime punido com reclusão, já no caso de ter cometido crime previsto como punido com detenção, o inimputável poderá ser submetido a tratamento ambulatorial, conforme prevê o artigo 97 do Código Penal. Desse modo, a aplicação da Medida de

Segurança não é de acordo com a individualidade do inimputável, analisando tão somente se o fato é punível com reclusão ou detenção. (NUCCI, 2019, p. 391)

Neste sentido, Bitencourt (2020, p. 956) afirma:

Não é a inimputabilidade ou a semi-imputabilidade que determinará a aplicação de uma ou de outra medida de segurança, mas a natureza da pena privativa de liberdade aplicável, que, se for de detenção, permitirá a aplicação de tratamento ambulatorial, desde que, é claro, as condições pessoais o recomendem.

Acerca do tema, Carvalho (2020, p. 563) pontua:

A previsão em abstrato da forma reclusiva ou detentiva como critério único de definição da espécie de medida de segurança a ser cumprida não parece estar adequada ao postulado constitucional que determina ao julgador a individualização da sanção penal (medida de segurança). Note-se que, em relação às penas, a fixação do regime ou a possibilidade de substituição por pena restritiva de direitos independe da espécie de privação de liberdade prevista em lei. Assim, o tipo de regime (aberto, semiaberto ou fechado) e a espécie de sanção (privativa de liberdade, restritiva de direito ou multa) estarão subordinados aos critérios judiciais expostos motivadamente na sentença (individualização da pena). A definição das espécies de medida a partir de um critério abstrato parece, portanto, estar em oposição à estrutura principiológica (constitucional e legal) que orienta a aplicação das sanções.

O autor ainda afirma que:

Diferentemente da complexa estrutura de determinação da pena, a estrutura normativa do Código Penal e as diretrizes desenvolvidas pela dogmática são relativamente simples no que tange aos critérios de aplicação das medidas de segurança. Todavia, esta relativa simplicidade não significa garantia em termos de eficácia da tutela dos direitos fundamentais dos portadores de sofrimento psíquico contra eventuais abusos e excessos. (CARVALHO, 2020, p. 566).

O Código de Processo Penal prevê que a sentença que determina a aplicação da medida de segurança é denominada de absolutória imprópria, pois, apesar de afirmar a inexistência de crime e considerar o indivíduo inimputável um não criminoso, o autor do fato deve ser submetido coercitivamente a uma sanção penal, tal qual, a medida de segurança, uma vez que o art. 386, parágrafo único, III, do CPP aborda que, na decisão absolutória, o juiz cominará medida de segurança. (NUCCI, 2021, p. 833). No mesmo sentido, há a Súmula 422 do STF: “A absolvição criminal não prejudica a medida de segurança, quando couber, ainda que importe privação da liberdade”.

Para que o indivíduo possa dar início ao cumprimento de uma medida de segurança, determinada em uma sentença de absolvição imprópria, é necessário a instauração prévia de incidente de insanidade mental, com o fito de apurar se o sujeito era, ao tempo do delito, inimputável ou semi-imputável. Assim, deverão ser realizados exames psiquiátricos e outros que sejam necessários ao correto tratamento do

paciente, consoante rege o artigo 100 da Lei de Execução Penal. (MADEIRA, 1999, p. 120)

O incidente de insanidade mental pode ser determinado pelo juiz, de ofício ou a requerimento das partes, em caso de dúvida quanto à integridade mental do acusado, pois cabe ao médico legista, o psiquiatra forense, a tarefa de atestar o grau de periculosidade do autor do fato, em qualquer fase da persecução penal, e, conforme o artigo 149, §§ 1º do Código de Processo Penal, a sua instauração suspende o processo. (CARVALHO, 2020, p. 558).

Para tanto, é de suma importância que na perícia realizada seja ressaltado o período da inimputabilidade, ou seja, se o agente era inimputável ao tempo do fato, para saber se o acusado era capaz de entender o caráter ilícito, ou se tornou-se inimputável em momento posterior ao fato, uma vez que, para cada momento da verificação da inimputabilidade, as medidas a serem tomadas no processo serão distintas. (TÁVORA; ALENCAR, 2016, p. 576)

Caso seja constatado na perícia que a inimputabilidade incidiu em momento posterior ao fato, deve-se observar se essa ocorreu ao longo da execução da pena ou antes. Portanto, caso seja verificado na perícia que a inimputabilidade do indivíduo ocorreu durante o processo, “não só a sua punibilidade deverá ser suspensa, mas também o processo principal, conforme o artigo 149, §2º do Código de Processo Penal, em face da impossibilidade de poder o réu contribuir para a sua defesa” (PACELLI; FISCHER, 2018, p. 326).

Nesta hipótese, o juiz pode determinar a internação do acusado em hospital de custódia e tratamento ou estabelecimento semelhante até que o agente recupere a sanidade mental, conforme o artigo 152, §1º Código de Processo Penal. Não obstante, segundo Távora e Alencar (2020, p. 489), tal previsão afronta a presunção de inocência do sujeito, pois, “haveria antecipação da medida que só pode ser estabelecida com a sentença definitiva”.

É de salientar que, se constatada a inimputabilidade na fase de execução da pena, há duas possibilidades a serem seguidas conforme elucida Nucci (2021, p. 252), quais sejam:

- a) se for doença transitória, aplica-se o art. 41 do Código Penal, ou seja, transfere-se o condenado para o hospital penitenciário, sem a conversão da pena em medida de segurança, por tempo suficiente, desde que breve, para

tratamento; b) em caso de doença de caráter duradouro ou permanente, converte-se a pena em medida de segurança, conforme disposto no art. 183 da Lei 7.210/84.

Já no caso de a inimputabilidade do indivíduo ser constatada ao tempo da prática do fato, o processo seguirá seu curso, assegurando o devido processo legal, uma vez que a medida de segurança é uma espécie de sanção penal, que restringe a liberdade do agente. Assim, é necessário que reste comprovado que o inimputável praticou fato típico e antijurídico, para que ao final, no caso de procedência da ação penal, a sentença seja absolutória imprópria, sendo aplicada Medida de Segurança ao agente. (NUCCI, 2021, p. 252)

4.2 DETERMINAÇÃO PARA PRAZO MÍNIMO E MAXIMO

Ao contrário da pena, a medida de segurança não possui, a princípio, um prazo determinado. O Código Penal não determina um prazo máximo de duração, havendo somente um prazo mínimo, independente se esta será de internação ou de tratamento ambulatorial, como se pode observar em seu artigo 97, § 1º: “A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.”

Para Bittencourt (2014, p. 379), "o prazo mínimo estabelecido, de um a três anos, é apenas um marco para a realização do primeiro exame de verificação de cessação da periculosidade”.

Conforme exposto, qualquer medida de segurança imposta ao indivíduo inimputável ou semi-imputável possui um prazo mínimo de cumprimento, e, ao final deste prazo, deverá ser realizado um exame médico a fim de verificar se o tratamento foi eficiente e se a periculosidade do agente delinquente foi cessada. Caso não seja constatada esta cessação de periculosidade, o portador de alienação mental continuará a cumprir a medida de segurança por mais algum tempo. Assim, esta medida de segurança poderá ser prorrogada quantas vezes o juízo da execução achar necessário, de acordo com a análise da periculosidade do agente

Dessarte, a Lei de Execução Penal, nos artigos 175 a 179, completa as disposições do Código Penal, ressaltando que, ao término do prazo mínimo estipulado da medida

de segurança, será averiguada se a periculosidade que o agente apresentava ao cometer o fato típico foi cessada. (BRASIL. Lei Nº 7210, de 11 de julho de 1984)

No mesmo sentido, o artigo 176 dispõe que:

Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior. (BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984)

Esta verificação é realizada por meio de um relatório enviado ao juízo de execução, o qual deve conter o laudo psiquiátrico do agente. Na análise do referido relatório, caso o juiz opte pela manutenção/prorrogação da medida de segurança, o exame de cessação de periculosidade deverá ser realizado ano a ano. Neste sentido, leciona Haroldo da Costa Andrade: “quando se trata de prorrogação de medida de segurança imposta ao inimputável, a realização de perícia médica investigatória da cessação da periculosidade deve dar-se anualmente [...]” (ANDRADE, 2004, p. 104)

Contudo, vale mencionar que, sob a perspectiva do advento da Lei da Reforma Antimanicomial - Lei 10.216/2001- os prazos mínimos restaram revogados perante a sua incompatibilidade com a finalidade terapêutica e com a desinternação progressiva dos pacientes cornificados, dispostos nos artigos 4º, §1º e 5º da referida Lei:

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

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

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001)

Jacobina (2008, p. 111) explica que:

Assim, o fato de a Lei da Reforma Psiquiátrica não expressar a revogação dos dispositivos incompatíveis no Código Penal e na Lei de Execução Penal não significa que esses dispositivos não tenham sido revogados. Citem-se, como exemplos, os §§ 1º e 2º do art. 97, com seus prazos mínimos obrigatórios para a realização e repetição de regimes (com seus correlatos Arts. 175 a 179 da Lei de Execução Penal), incompatíveis com o princípio da utilidade terapêutica do internamento, previsto no art. 4º, § 1º, da Lei da Reforma Psiquiátrica, ou com o princípio da desinternação progressiva dos pacientes cornificados (art. 5º da Lei da Reforma Psiquiátrica). Além disso, os direitos mínimos garantidos na Lei de Execução Penal àquele que cumpre medida de segurança (art. 99, parágrafo único, da Lei de Execução Penal) confrontam-se com aqueles, muito mais amplos, assegurados no art. 2º da

Lei da Reforma Psiquiátrica, e a classificação do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico como estabelecimento penal (Título IV, Capítulo VI, da Lei de Execução Penal) está em desacordo com os princípios do SUS, constitucionais e infraconstitucionais. (JACOBINA, 2008, p. 111)

Evidencia-se, portanto, não haver no Código Penal atual qualquer menção há um prazo limite de cumprimento da medida de segurança, ficando esta subordinada a um exame de verificação de cessação da periculosidade do portador de transtornos mentais que cometeu algum injusto penal, além da análise do órgão julgante.

É manifesta a incoerência existente entre normas penais que disciplinam a Medida de Segurança e a Lei 10.216/2001. Desse modo, é indispensável a adequação do ordenamento jurídico pré-existente com a legislação da Reforma Psiquiátrica, conferindo, uma nova interpretação das relações referentes às Medidas de Segurança, tanto no Código Penal quanto na Lei de Execução Penal.

É de salientar que medida de segurança é uma espécie de sanção penal, logo as mesmas garantias e princípios fundamentais que constituem a aplicação da pena deve ser atentado na aplicação da medida de segurança. Assim sendo, quando não há estabelecido em lei um limite máximo para sua duração, pode-se estar perante uma situação inconstitucional, uma vez que a Constituição não permite penas de caráter perpétuo, conforme disposto no artigo 5º, XLVII, alínea "b". (MATTOS, 2006, p. 205)

Ferrari (2001, p. 203), menciona ainda, outro confronto, que diz respeito ao limite executório diferenciado dos enfermos mentais perante os condenados imputáveis, porquanto presumir que o inimputável internado é criminoso com pior atributo do que um criminoso totalmente capaz, afronta diretamente a Constituição Federal, já que suprime igualdades inerentes ao Estado Democrático de Direito.

Sobre o assunto, Carvalho (2013, p. 512-513) explica que, ao tempo do estudo dos princípios constitucionais norteadores das sanções penais impostas pelo direito penal brasileiro, houve a necessidade de compatibilizar o tratamento jurídico das penas e as medidas de segurança, uma vez que a própria Constituição é omissa em relação ao tratamento que deve ser dado as medidas. Assim, o comando do art. 5º, XLVII, b, da Constituição Federal, que veda a perpetuidade da pena inexoravelmente alcança as medidas de segurança.

No mesmo sentido, Copetti (2000, p. 185) afirma ser:

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

Sobre a indeterminação da duração da execução das medidas segurança prevista na legislação, Ferrajoli (2002, p. 627), demonstra insatisfação asseverando que:

Esta indeterminação da duração, e a ausência de quaisquer garantias de certeza acerca do momento da cessação, representa, seguramente, o aspecto mais vexatório das medidas de segurança pessoais. (...) A indeterminação da duração se resolve muitas vezes em uma espécie de segregação perpétua para os internos nos hospitais psiquiátricos: prisões hospitalares ou hospitais-prisões, onde se consuma uma dupla violência institucional - cárcere mais manicômio - e onde jazem, esquecidos do mundo, aqueles sentenciados por enfermidade mental.

Assim, a desinternação, após determinado tempo de aplicação da medida de segurança é um direito do paciente e um dever do Estado. No âmbito do Poder Judiciário, destacam-se, nesse sentido, manifestações do Supremo Tribunal Federal (STF), que entende que o limite da duração da medida de segurança é de 30 anos, alterado pela "Lei Pacote Anticrime" nº 13.964/2019 para o prazo de 40 anos, conforme disciplina o art. 75 do Código Penal, em relação à pena; e do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que é mais favorável, por compreender que o limite é o máximo da pena prevista em abstrato para o respectivo crime. (COSTA, 2007, p. 187)

Conforme segue:

MEDIDA DE SEGURANÇA – PROJEÇÃO NO TEMPO – LIMITE. A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos. (BRASIL, 2005, Habeas Corpus nº 84.219/SP STF)

A Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça buscou afastar a limites máximos executórios assim como reduzir a execução aplicáveis às medidas de segurança, assim como suprimiu todos os entendimentos doutrinários e jurisprudenciais firmados que cursavam para a execução máxima temporal de 30 anos, alterado pela "Lei Pacote Anticrime" nº 13.964/2019 para o prazo de 40 anos, prevista no artigo 75 do Código Penal, tendo em vista que estabeleceu que "O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado". (BRASIL, 2015)

Em consonância com a súmula 527 do STJ, o Poder Executivo vem concedendo habeas corpus aos cumpridores de medida de segurança que “[...] independentemente da cessação de periculosidade, tenham suportado privação da liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada”. Assim, ocorre a desinternação, e ao inimputável fica determinado o tratamento ambulatorial. (BRASIL, 2016)

Conforme se observa na ementa do Habeas Corpus a seguir:

PENAL E PROCESSUAL PENAL. HABEAS CORPUS. PACIENTE INIMPUTÁVEL. TEMPO DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA SUPERIOR À COMINAÇÃO MÁXIMA EM ABSTRATO. VIOLAÇÃO À ORIENTAÇÃO FIRMADA NA SÚMULA 527 DO SJT. CONCESSÃO DA ORDEM. 1. Nos termos da súmula 527 do SJT “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”. 2. Paciente inimputável denunciado pelo crime de ameaça (art. 147 do CP), e preso desde 10/10/2017. Flagrante constrangimento ilegal. 3. Concessão da ordem. (TJ-PE – HABEAS CORPUS HC 5232539)

Em que pese o Código Penal não determine o tempo de duração das medidas de segurança, assevera Cavalcante (2015, p. 3), que:

A conclusão do STJ é baseada nos princípios da isonomia e proporcionalidade (proibição de excesso). Não se pode tratar de forma mais gravosa o infrator inimputável quando comparado ao imputável. Ora, se o imputável somente poderia ficar cumprindo a pena até o máximo previsto na lei para aquele tipo penal, é justo que essa mesma regra seja aplicada àquele que recebeu medida de segurança.

Logo, tal posicionamento está em harmonia com os princípios constitucionais da legalidade, dignidade da pessoa humana, razoabilidade, proporcionalidade, e, da isonomia.

Carece, agora, o Poder Legislativo acompanhar tais entendimentos e delimitar o tempo da medida de segurança, para garantia da liberdade do inimputável em razão de doença mental.

4.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA DENTRO DO JUDICIÁRIO

A reforma psiquiátrica no Brasil foi um movimento histórico, inserido no contexto de redemocratização do país, movimento que visou a desconstrução de antigas relações no pensamento da doença mental e, ao mesmo tempo, a construção de uma nova

forma de se idealizar o tratamento da pessoa com tal transtorno, incluindo-a também como membro da sociedade, com direitos próprios, merecedora de respeito à sua dignidade e cidadania.

A construção de uma proposta inovadora na atenção à saúde mental, de acordo com Costa (2003, p. 173), almeja “[...] a cidadania e a recuperação das garantias e direitos fundamentais dos portadores de Transtornos Mentais”. O autor reconhece, ainda, que “[...] torna-se cada vez mais relevante a atuação dos organismos da sociedade responsáveis por essa proteção e garantias constitucionalmente asseguradas.” (COSTA, 2003, p. 174)

Esse processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi simultâneo ao surgimento do “movimento sanitário”, em que ambos eram a favor de novos modelos nas práticas e gestão de saúde, voltado à atenção para a defesa da equidade na oferta dos serviços, colocando os usuários desses serviços como verdadeiros protagonistas. (MINISTÉRIO DA SAUDE, Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, 2005)

Em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas, documento que marcou as reformas na atenção à saúde mental nas Américas e propôs a reestruturação da assistência psiquiátrica. O início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil costuma ser identificado como o ano de 1978, e é este movimento que passa a protagonizar o período de denúncia da violência dos manicômios, além da crítica ao modelo hospitalocêntrico na assistência as pessoas com transtornos mentais. Nesse período, surgem às primeiras propostas para um novo tratamento, adotando o lema “sociedade sem manicômios”. (DIAZ, 2008, p. 1)

Nesse interim, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, os CAPS, provando que a Reforma Psiquiátrica não ficaria apenas na teoria. Assim, uma etapa da luta se concretiza quando nos campos legislativo e normativo incide a entrada do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado do PT/MG, no Congresso Nacional, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos manicomialis. (MINISTÉRIO DA SAUDE, Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, 2005)

Os CAPS são instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar e apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicossocial. Têm caráter aberto e comunitário, dotados de equipes multiprofissionais que atendem usuários com transtornos mentais graves e persistentes. (ZAFFARONI, BATISTA, ALAGIA E SLOKAR, 2015, p. 150)

Segundo o Ministério da Saúde (Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, 2005) o Projeto de Lei de Paulo Delgado inspirou leis que foram aprovadas em vários estados brasileiros, graças a movimentos sociais, a partir do ano de 1992. Nesse período, a Reforma Psiquiátrica passa a ganhar uma importância mais definida, se consolidando e, com isso, políticas públicas acompanhando suas diretrizes são criadas. A saúde mental passa, enfim, a ser um assunto de atenção dentro do Ministério da Saúde.

Contudo, é somente em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A Lei Federal 10.216 impulsiona um novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, ganhando maior sustentação e visibilidade, sancionando o oferecimento de tratamento mental em serviços de base comunitária, sem instituir, no entanto, mecanismos para a extinção dos manicômios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, 2005)

Abordando a Lei de Reforma Psiquiátrica, Prado e Schindler (2014, p. 636), afirmam que:

Como contraponto ao modelo que tem como centro a internação em Hospital Psiquiátrico, a reforma psiquiátrica, movimento que tomou força a partir da década de 1970 no Brasil e culminou com a promulgação da Lei n. 10.216/2001, trouxe inovações no que diz respeito à política pública de saúde mental que deve ser adotada em todo o país. A Lei de Reforma Psiquiátrica estabelece como regra, no que concerne à forma de tratamento, o atendimento em liberdade e a utilização de recursos extra hospitalares (art. 4º); além disso, o art. 6º dispõe: “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (BRASIL, 2001). As bases da reforma psiquiátrica representam a negação do quanto disposto na legislação penal. Enquanto a medida de segurança é utilizada, em regra, na modalidade de internação, no intuito de tratar e retribuir condutas ilícitas, a reforma surge para percorrer o caminho inverso, desinternar para reabilitar e garantir cidadania à pessoa com transtorno mental. (PRADO; SCHINDLER, 2014, p.636)

O mandado social da psiquiatria é discutido dentro da Reforma Psiquiátrica brasileira, a prática asilar também é vista com cautela na proposta de modificação. O manicômio

judiciário, no entanto, é um espaço de exclusão e violência, onde denúncias de maus tratos e óbitos são frequentes. São recentes as abordagens a cerca dessa instituição, pois não são geridos pelo Sistema Único de Saúde, mas por órgãos da Justiça, não estando esses hospitais submetidos as normas gerais de funcionamento do SUS, ou ao PNASH/Psiquiatria ou ainda, ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica. (AMARANTE, 2018, p.2)

As mudanças das práticas na assistência ao louco infrator vêm sendo fomentadas pela publicação da lei 10.216. As experiências interinstitucionais apoiadas pelo Ministério da Saúde, que buscam tratar o louco infrator fora dos manicômios judiciários, têm sido extremamente bem-sucedidas. Esse novo tratamento aos loucos infratores se dá na rede SUS extra-hospitalar de atenção à saúde mental, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial. Nesse novo método e novas instituições supera-se a cessação de periculosidade como critério para a desinstitucionalização. (NOGUEIRA, 2015, p. 5)

Antes do movimento da Reforma Psiquiátrica, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, existiam quartos- fortes em cada ala dos Hospitais de Custódia e Tratamento. A partir da reforma, eles foram extintos e os que restaram passaram a ser chamados de quartos- individuais. Os QIs servem como uma das medidas de controle social utilizados, existindo para dar conta parcialmente do perigo que representam os infratores para os outros internos e funcionários. Esses quartos funcionam como a prisão dentro da prisão. Eles são considerados benéficos para o paciente no caso de surto psicótico agudo, além de se acreditar que é um bem maior passar por cima dos direitos humanos em nome da segurança de todos. (SANTANA, 2017, p. 2)

Embora o processo de desinstitucionalização destas pessoas estejam em curso em alguns estados, o sucesso das outras instituições comparadas ao manicômio judicial ainda é eventual. Não são existentes medidas para diminuição de programas de leitos nos manicômios, mas um espaço embrionário para novas práticas começa a ser construído como, por exemplo, o programa de Volta para Casa, oferecido ao louco infrator. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Volta para Casa. Rio de Janeiro, 2003)

O Ministério da Saúde lançou o Programa de Volta para Casa visando à inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais e que por conta disso

cometeram algum delito. O programa fornece um suporte social com o intuito de evitar o agravamento do quadro clínico e o abandono social, que são consequências constantes do antigo método de tratamento. As pessoas com transtornos mentais que são abarcadas por esse programa são aquelas com histórias de longas internações psiquiátricas, dois anos ou mais, e sem nenhuma constatação de eficácia. O controle e fiscalização da execução do programa se dá através das instancias do SUS. (SANTANA, 2017, p. 3)

A reclusão para tratamento nos manicômios judiciários tem caráter punitivo, pois nesses ambientes é observada a suspensão de direitos, que vão de encontro às metas prioritárias de tratamento humanizado trazido pela Reforma Psiquiátrica, já colocadas em execução pelas CAPS e em outros âmbitos relacionados a saúde mental. A antiga forma de tratamento ainda se sustenta, pois, são fortalecidos pelos paradigmas jurídico psiquiátricos relacionados à segurança da sociedade e a periculosidade dos sujeitos. É evidente o direito fundamental desses custodiados sendo esmagados pelo interesse da sociedade. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Hospital de Custódia: prisão sem tratamento, 2014)

A despeito dos avanços e conquistas do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, e mesmo diante do conjunto de etapas a superar para aprofundamento do movimento reformista, o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico permanece como a face esquecida desse esforço de contestação do modelo manicomial.

A lógica de controle e confinamento em espaço asilar continua intocada atualmente dentro do sistema de execução penal do Estado, operada a partir da internação compulsória de inimputáveis em conflito com a lei. Essas instituições, portanto, constituem o ponto fraco desse processo de alteração do paradigma de atendimento em saúde mental.

Por conseguinte, será realizado no capítulo posterior um estudo mais específico sobre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, analisando seu histórico, sua estrutura e a sua relação com o tratamento e garantidas fundamentais do custodiado. Esse entendimento é salutar para que se possa avaliar a (in) eficácia desses hospitais, bem como identificar se buscam seguir as diretrizes firmadas pela Reforma Psiquiátrica, garantindo uma maior segurança jurídica e respeitando as garantias do acusado.

5 A (IN) EFICÁCIA DA FUNCIONALIDADE DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO EM FACE DAS GARANTIAS FUNDAMENTAIS DO CUSTODIADO

Foram apresentados em capítulos anteriores os conceitos e conteúdos básicos para o melhor entendimento sobre o sentido das garantias fundamentais do custodiado, mais precisamente dentro dos Hospitais de Custódia e Tratamento. Nessa perspectiva, também foi explicitado sobre o fenômeno da inimputabilidade, a sua conceituação, prerrogativas e a aplicação das medidas de segurança dentro do sistema penal brasileiro. Não obstante, o presente tópico se destina a relacionar o tratamento ofertado aos inimputáveis com a (in) eficácia dos Hospitais de Custódia e Tratamento, perpassando o histórico, a estrutura e a finalidade, questionando a forma de tratamento ofertado, e refletindo sobre paliativos para intensificar a Luta Antimanicomial.

Há quase um século funcionam em solo brasileiro instituições de tratamento para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. O surgimento desses locais, é símbolo de um momento em que, se consolidava a importância de tratar esses “delinquentes mentais” em ambientes que não eram as prisões, uma vez que se entendia que eles não eram presos comuns. (CARRARA, 2010, p. 15)

Entretanto, o que se entende é que, muito pouco parece se distinguir os tratamentos ofertados para essas duas populações, os presos “sãos” e os dotados de transtornos mentais, no espaço temporal compreendido entre a inauguração do primeiro Manicômio Judiciário brasileiro e os dias atuais, que sucedem a sanção da Lei nº 10.216/2001.

As questões acerca do *destratamento* empregado aos pacientes judiciários ocorrem desde as primárias noções do que é loucura e de como ela se relaciona com a prática de crimes. A ideia de Foucault de como loucura é edificada socialmente parece ser, hoje, desconsiderada, pois pouco se debate acerca das estruturas adoecedoras que permeiam a vida dessas pessoas. Não se dá a relevância devida ao contexto em que elas estão inseridas, as configurações familiares, as condições de educação, de trabalho, de moradia, de alimentação e possibilidades de saúde e de cuidado. (FOUCAULT, 1978, p. 186)

O perfil predominante dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, a partir dessa problematização, segundo Diniz (2013, p. 16), é “uma população é majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho”.

Essas questões permitem, ainda, a discussão acerca da ideia de indissociabilidade entre diagnóstico psiquiátrico e infração penal, pois não existe na literatura evidência científica que confirme essa perspectiva. Classificações psiquiátricas, sejam embasadas pela Classificação Estatístico Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, a CID, ou pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM, não tem analogia com a prática de quaisquer crimes, motivo pelo qual, para Diniz (2013, p. 15), “indivíduos com diferentes diagnósticos cometem as mesmas infrações”. A autora aduz que a predominância de um determinado diagnóstico na população dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico pode representar muito mais uma preferência no sistema custodial psiquiátrico a uma evidência de que esse subgrupo é mais perigoso. (DINIZ, 2013, p. 15)

É de salientar, que a existência dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico atravessa por questões sociais, culturais, políticas e econômicas. Entretanto, continuam funcionando como um aparato de controle, legitimado por uma política pública de combate ao diferente, que repulsa tudo aquilo que desvirtua a ordem sociocultural imposta como ideal. O duelo à loucura não é atual, existe, na verdade, há séculos, desde quando se impôs a ideia de que os de existência facilmente errante, não mais cabiam nos muros das cidades e precisavam ser expurgados, na concepção de Foucault (1978, p. 100), como foi visto anteriormente nesse trabalho.

Assim, após uma melhor compreensão e conhecimento em relação aos Hospitais de Custódia e Tratamento, entende-se por necessário abordar o contexto histórico de criação, principais características de estrutura e finalidade da atuação, e de que forma isso implica nas garantias fundamentais dos custodiados.

5.1 HISTÓRICO, ESTRUTURA E FINALIDADE DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

O marco do início do Hospital Geral é o ano de 1656, criado pelo então Rei da França, e, segundo Foucault, foi basilar para a acepção do novo espaço social do louco. O Hospital Geral passa ser o responsável por abrigar aqueles que, por ordem judicial ou por espontânea vontade, tinham adoecido no psíquico. (AMARANTE, 2007, p. 102)

No Brasil, no início do século XIX, com a chegada da Família Real, a loucura veio a ser objeto de intervenção do Estado. Para Fonte (2013, p. 4), “em 1830, a recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia lança uma nova palavra de ordem: “aos loucos o hospício”.

Nesse interim, o hospício, que já se encontrava consolidado como a principal forma de tratamento aos loucos, passa a firma-se como “[...] exigência de uma crítica higiênica e disciplinar às instituições de enclausuramento e ao perigo presente em uma população que começa a ser percebida como desviante, a partir de critérios que a própria medicina social estabelece”. (FONTE, 2013, p.4)

Conforme aduz Costa (2015, p. 89), surgem os hospitais psiquiátricos a partir de tais critérios pré-estabelecidos, pois esses passam a justificar ser mais seguro manter os perigosos e instáveis trancafiados, uma vez que põem em risco a segurança dos outros.

Assim, historicamente, as pessoas que supostamente precisavam ser afastadas do convívio social, eram enviadas para esses hospícios para que ficassem isoladas. Essa prática se legitimou através dos manicômios judiciais, produto de convergência entre a Psiquiatria e o Direito Penal, atualmente chamada de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Para Carrara (2010, p. 15), foi a Inglaterra a primeira nação a se atentar com a instituição para a qual seriam conduzidos os delituosos alienados do país, criando a prisão Broadmoor, inaugurada em 1863. Antes disso, conforme Carrara (2010, p. 16), os Estados Unidos da América e a França, haviam fornecido anexos especiais em alguns presídios para a reclusão e tratamento dos que eram acometidos com doenças mentais e delinquiriam.

No cenário do Brasil, foi o Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903, que arrumou a assistência médico legal aos alienados e segundo Carrara (2010, p. 17), estabeleceu que “cada estado deveria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários e que, enquanto tais estabelecimentos não existissem, deviam ser construídos anexos especiais aos asilos públicos para o seu recolhimento”.

Então, foi a partir dessa legislação, que se criou no Hospital Nacional de Alienados, do Rio de Janeiro, uma seção especial para abrigar os “loucos criminosos”, que se nomeou de “Seção Lombroso”, em homenagem ao psiquiatra César Lombroso. (CARRARA, 2010, p. 18)

Somente após dois notórios acontecimentos que envolveram intensamente o poder público e a imprensa, que o manicômio judiciário se tornou uma realidade em nosso país: o assassinato, em 1919, da esposa de um Senador da República, por um “criminoso nato”; e uma intensa rebelião, em 1920, na Seção Lombroso do Hospital Nacional. Os fatos ocorridos mobilizaram toda a imprensa que se dedicou à luta pela concretização da lei e criação de um manicômio judiciário, temerosa de que os criminosos ficassem impunes, enfatizando o caráter repressivo e esquecendo-se do caráter terapêutico e humanitário que os médicos defendiam para tais estabelecimentos. O resultado foi a inauguração do primeiro asilo criminal brasileiro em 30 de maio de 1921. (GOFFMAN, 2005, p. 20)

Assim, em 1921, surge a primeira instituição inteiramente destinada ao fim de abrigar os alienados criminosos, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, sob a direção de Heitor Pereira Carrilho. Diniz e Brito (2016, p. 114), trata essa instituição como um desdobramento do modelo tradicional do hospício, “mas tendo a anormalidade e perigo como categorias-chave”.

Para Carrara (2010, p. 17), os manicômios judiciários são:

Instituições complexas, que conseguem articular de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão – e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco.

Portanto, os manicômios judiciários representam o lugar que foi escolhido para a realocação da população que, ainda que carcerária, não poderia conviver com os outros encarcerados das prisões comuns, conforme o Decreto nº 1.132/1903, pois, os ditos alienados criminosos nesses ambientes especiais poderiam usufruir de tratamento adequado.

A partir da Reforma Penal de 1984, passou-se a empregar a terminologia “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”, que, conforme Bitencourt, “não passa de uma expressão eufemística utilizada pelo legislador [...] para definir o velho e deficiente Manicômio Judiciário” (BITENCOURT, 2013, p. 856)

Conforme consta em Resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça, os HCTPs são "estabelecimentos penais destinados a abrigar pessoas submetidas à Medida de Segurança" (BRASIL, 2005, p. 10-11)

Para Maria Sirene Cordioli; Miriam SüsskindBorenstein; Anesilda Alves de Almeida Ribeiro, autoras do artigo “Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos”, tem-se:

O HCTP é um órgão de defesa social e de clínica psiquiátrica, de atuação estadual. Atende a pessoas portadoras de distúrbios mentais que cometeram algum delito e, por isso, estão sob custódia, sendo essa a única instituição do gênero no Estado. De acordo com o Regimento Interno, seu objetivo é oferecer tratamento psiquiátrico ao paciente internado, preservar os direitos humanos e a dignidade do mesmo, bem como garantir qualidade de vida e bom atendimento durante a hospitalização. Visa tratar e recuperar seus internos, buscando reintegrá-los ao meio social e custodiar esses indivíduos que, por determinação judicial, têm uma medida de segurança a cumprir. (CORDIOLI; BORENSTEIN; RIBEIRO, 2006)

No que concerne ao tratamento dispensado aos pacientes internos em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, “ainda hoje controverso, é considerado por alguns autores como inexistente, implicando mais uma vez na dicotomia hospital presídio” (SÃO PAULO, 2013, p. 232). A exemplo disso, Carrara observa que “o fato de os internos quase sempre se dizerem ‘presos’, e não ‘doentes’, ou de se referirem à sua estada no MJ [Manicômio Judiciário] quase sempre como uma ‘pena’, e nunca como um ‘tratamento’” (CARRARA, 1998, p. 38).

A função dessa instituição é em tese, manter os pacientes infratores em ambientes fechados para terem assistência médica e psiquiátrica, com o propósito de tratá-los e liberá-los para o convívio em sociedade. Para o retorno do custodiado ao seio familiar é necessário que se declare extinto o risco de periculosidade desses indivíduos, como foi visto em capítulo anterior deste trabalho.

No entanto, Elza Ibrahim (2014, p. 25-26), ao descrever o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, afirma que era um lugar onde padrões e normas morais eram impostas na tentativa de adaptar o doente ao modelo determinado pelo corpo de profissionais que

atuavam naquele espaço, os quais funcionavam como verdadeiros detentores do poder instituído.

Virgílio de Mattos (2006, p. 59) também denuncia a violenta segregação operada por meio do regime disciplinar manicomial:

A segregação é regra. A contenção é brutal: camisas-de-força, banhos frios e de 'surpresa', leitos de contenção para os agitados — outro traço que perdura no tempo —, celas de isolamento. Violência pura e simples. Cura e punição parecem emergir de um mesmo conceito: disciplina e castigo.

Como aduz Franco Basaglia (1985, p. 101), são “instituições da violência”, pretensamente justificadas, neste caso, pela doença. Estão fundadas na violência e exclusão com nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm.

Assim, tal instituição possibilita uma solução de interesse da sociedade, pois a mesma sofreu com o delito cometido pela pessoa com transtorno mental. Ao se apresentar como instituição prisional passa a ideia de que o indivíduo, ainda que portador de transtorno mental deva pagar pelo crime que cometeu. (ANACLETO, MORAIS e ROLIM, 2014, p. 2)

Quando se trata da estrutura física dos Hospitais de Custódia e Tratamento é notável a deterioração das instalações, ou a precariedade da mesma. Há muitas vezes escassez de material, além da carência de mão de obra, quando se avalia o quadro de profissionais das unidades é perceptível o número defasado da equipe, desde falta de psiquiatras para atender de forma qualificada todos os custodiados, se estendendo ao pessoal da limpeza. Se para o preso comum, a cadeia é muitas vezes “uma escola para o crime”, para o doente mental infrator o hospital de custódia é um “estágio a mais na escala da loucura”. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Hospital de Custódia: prisão sem tratamento, 2014, p. 7)

A LEP, Lei de Execução Penal, determina, em consonância com o artigo 96 do Código Penal, que estes Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos observem requisitos básicos, como a salubridade do ambiente, condições térmicas adequadas à vida humana e uma área mínima de 6m² para cada aposento. Verifica-se ainda na Exposição de Motivos da LEP que no tocante aos Hospitais de Custódia e Tratamentos Psiquiátricos não existe a previsão de cela individual, contudo as garantias mínimas de salubridade do ambiente e área física de cada aposento devem ser respeitadas. (ARRUDA E JUNQUEIRA, 2020, p. 148)

Realizado um estudo pela Universidade Federal de Brasília (UnB), acerca das distribuições de estrutura referente aos Hospitais de Custódia e Alas de Tratamentos no território brasileiro, têm-se as últimas informações coletadas sobre o tema. Neste sentido:

Em 2011, o conjunto dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) no Brasil era formado por 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), localizadas em complexos penitenciários. Nos estados de Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins, não havia ECTPs. As três ATPs estavam localizadas no Distrito Federal, no Mato Grosso e em Rondônia. Os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo possuíam três unidades de HCTP, e os demais 17 estados possuíam uma única unidade HCTP cada um. Em 2011, a população total dos 26 ECTPs era de 3.989 indivíduos, entre os quais 2.839 estavam em medida de segurança, 117 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 1.033 estavam em situação de internação temporária. (DINIZ, 2011, p. 35)

A discussão sobre os Manicômios Judiciários é relativamente recente no Brasil, surgiu por força do Movimento Antimanicomial e desenvolveu-se, sobretudo, durante a trajetória da Reforma Psiquiátrica, que teve início na década de 1970.

Apesar de todas as conquistas e avanços advindos da Reforma Psiquiátrica, momento a partir do qual verificaram-se mudanças significativas no campo da saúde mental, por ter consolidado a hipótese de desinstitucionalização e a consequente implementação de serviços abertos de tratamento, ressalta-se que muitos dos direitos dos portadores de transtornos psíquicos autores de delitos, continuam sendo violados, tendo em vista o tratamento inadequado e precário que é dispensado à essa população, duplamente estigmatizada, desassistida e sem nenhuma perspectiva de reinserção social, conforme será tratado a seguir.

5.2 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO ESTADO DA BAHIA

O Hospital de Custódia e Tratamento de Bahia - HCT/BA era uma instituição vinculada à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos e, a partir da Lei nº 12.212 de 04.05.11, passou a ser vinculada à Secretaria da Administração Penitenciária e Ressocialização – SEAP. O HCT/BA é conceituado como uma unidade prisional. Com a finalidade precípua de coletar de dados mais objetivos, que norteassem a construção do projeto de pesquisa, foi realizada visita técnica no Hospital de Custódia e Tratamento

Psiquiátrico do Estado da Bahia, no dia 26 de outubro de 2021, bem como pesquisa de dados relacionados a mesma instituição.

A instituição tem capacidade oficial de 280 internos. No entanto, recentemente foi determinada pela ANVISA a ocupação máxima de 140 internos, sendo 20 femininos e 120 masculinos. Em que pese exista essa determinação por parte da ANVISA, o que se percebe é que há uma superlotação, na medida em que a instituição abriga 182 internos atualmente, portanto 42 a mais do que o permitido. A maioria dos internos-pacientes são do sexo masculino, totalizando 171 internos e, 11 mulheres, dados verificados a partir da lista de registro e controle de internos, que é elaborada pela instituição.

A média etária dos custodiados é de 37 anos, solteiros, com etnia preta e parda predominantemente, com escolaridade a nível de ensino fundamental incompleto e/ou analfabetos. Observou-se que os internos do sexo masculino, em sua maioria, foram diagnosticados com a patologia mental da Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos, Transtornos Delirantes (F20 – F29) em 28,4% dos casos, seguida dos Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Substância Psicoativa (F10 – F19) e do Retardo Mental (F70 – F79) em 12,2% e 10,3% dos casos, respectivamente. Nomes e números fornecidos segundo a classificação de “Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10”. (DINIZ, 2013, p. 25)

Quanto aos pacientes do sexo feminino, pôde-se verificar um predomínio também do diagnóstico de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos, Transtornos Delirantes (F20 – F29) em 2,6% dos casos, seguido do diagnóstico de Retardo Mental (F70 - F79) e dos Transtornos Mentais Orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 – F09) em 1,1% e 0,6% dos casos, respectivamente. Nomes e números fornecidos segundo a classificação de “Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10”. (DINIZ, 2013, p. 25)

No concerne, o tipo de crime e a estatística entre os custodiados do HCT/BA, o crime de homicídio supera numericamente todos os demais. Ademais, há um índice de 2 a 3% de reincidência. Apresenta-se tabela do tipo de crime e frequência entre os custodiados do HCT da Bahia, fornecida pela instituição.

Tabela 1

Tipos de crimes e frequência entre os custodiados do HCTP (Salvador, Bahia)

Tipo de Crime	Frequência
Ameaça	16
Dano	03
Entorpecente	03
Estupro	09
Furto	02
Homicídio	74
Ignorado	01
Lesão Corporal	12
Latrocínio	04
Roubo	18
Tentativa de Estupro	01
Tentativa de Homicídio	32
Tentativa de Roubo	01
Violência Domiciliar	01
Outros	06
Total	182

Nota: Documentos do Arquivo do HCTP (Salvador, Bahia)

Quanto a estrutura física do HCTP/BA, é importante ressaltar algumas características: o prédio é antigo, possuindo um muro alto e branco e um grande portão de ferro, que corresponde ao local onde ficam os internos; ao lado do pátio, fica o prédio onde se situa o refeitório, a cozinha, a lavanderia, a rouparia e a terapia ocupacional; outro prédio, mais distante, constitui a parte administrativa da instituição; em um anexo ao lado do pátio externo, fica a equipe de segurança. O pátio é grande, externo, com bancos e árvores. No pavilhão administrativo estão localizadas as salas da diretoria geral e administrativa, a sala da chefia de segurança, a sala da Defensoria pública, o arquivo, a farmácia, o setor de pessoal, uma sala de reunião, sanitários para funcionários e visitantes, copa, e as salas dos setores de psicologia e serviço social.

No prédio do HCT/BA destinado aos internos, verifica-se a sala do setor de enfermagem, a sala do setor de higienização e cinco alas dos internos, uma delas desativada atualmente, a ala "D", 3 alas destinados aos homens e uma as mulheres, a ala "B"; os internos são divididos nas alas conforme o grau da doença mental. Assim, a ala "A" é destinada aos idosos e acamados; a ala "E" destinada aos mais lúcidos e aos dependentes químicos. Não há separação nas alas dos internos provisórios e daqueles já cumprindo Medida de Segurança. Nas alas, além das enfermarias com os

leitos, encontram-se o Posto de enfermagem, a sala de atendimento, um sanitário coletivo, além de um quarto individual, chamado de QI, que se destina ao isolamento do internado em momento de crise.

Existem grades em todas as alas, remontam à prisão de segurança máxima da primeira metade do século XX. Toda esta construção carrega em si a lógica dos cárceres do século XIX. Com as alas gradeadas, o aspecto do prédio lembra mais um presídio do que um hospital. A instituição une em si 14 enfermeiras, 32 técnicos de enfermagem, 1 psiquiatra 24 horas por dia, 1 médico clínico geral 2 vezes na semana, 3 psicólogos, 1 dentista, 1 farmacêutica, 2 assistentes sociais e agentes penitenciários, celas e medidas características de segurança prisional. Especificamente em relação ao número de enfermeiras e técnicas de enfermagem para atender o número de internos, de acordo com informação prestada pela coordenação de enfermagem, há uma defasagem, na medida em que o número correto deveria ser 18 e 43, respectivamente.

Em conversas informais com alguns funcionários percebe-se que a maioria dos profissionais que trabalham no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia possuem estabilidade laborativa, ressaltando que alguns profissionais são servidores da instituição há décadas.

Na área do HCT/BA propriamente dito, a estrutura física é antiga e deteriorada, as escadas são estreitas, as paredes úmidas, o ambiente de pouca luminosidade e ventilação. Segundo informações prestadas durante a visita, a infraestrutura do HCTP da Bahia é oriunda de uma construção que não foi projetada para ser um hospital. Assim sendo, o espaço é fundamentalmente prisional. As camas estão em precário estado de conservação, assim como os sanitários. Há uma grade trancada, que separa o posto de enfermagem, do corredor das alas. A entrada de todas as alas é gradeada, assim como o são todas as janelas. Os internos vestem roupas do hospital, todos com farda amarela. A rotina da instituição não permite o encontro dos internos masculinos com os femininos, bem como os internos de alas diferentes; os horários para refeições e passeio no pátio são distintos.

No HCT/BA há horários pré-estabelecidos. Pela manhã, as mulheres tomam café primeiro, depois os homens. No almoço e jantar, os homens vão primeiro ao refeitório. Os internos almoçam e depois se dirigem para as suas alas, que são trancadas, para que as internas saiam de sua ala e sigam para o refeitório. As mulheres permanecem

mais tempo confinadas, só têm direito ao pátio externo 1 hora por dia, após o almoço, e geralmente ao longo do dia, elas ficam muito tempo deitadas em suas camas. A medicação dos internos, segundo informação da coordenadora de enfermagem, é personalizada, cada interno tem seu prontuário médico, com a prescrição feita pelo psiquiátrica, de acordo com cada necessidade específica. No entanto, outro funcionário informou que não há essa “individualização” e que as medicações são administradas pela enfermagem às 7h40, antes do café da manhã, às 11h40, após o almoço, às 20 horas, juntamente com a oferta do mingau para todos os internos.

Tabela 2

Rotina de Refeições do HCTP (Salvador, Bahia)

Refeição	Horário
Café da manhã	08:00h
Almoço	11:00h
Jantar Masculino	16:00h
Mingau	20:00h

Fonte: elaboração própria a partir dos dados fornecidos pela administração do HCTP/BA

Com os internos são desenvolvidas algumas atividades ocupacionais e terapêuticas que consistem em oficinas de arteterapia, palestras educativas, atividades culturais, atividades de ressocialização e celebrações festivas, que funcionam diariamente, com a atuação de três profissionais, duas professoras e uma técnica. A participação nessas atividades é optativa, havendo uma maior participação dos homens do que das mulheres. Algumas destas atividades oferecidas são resultadas de iniciativa dos próprios funcionários da instituição, que muitas vezes para o desenvolvimento das atividades, precisam utilizar recursos próprios. Ademais, O HCTP/BA está, na atualidade, sem terapeuta ocupacional.

As visitas ocorrem duas vezes na semana, as terças e sextas-feiras; os familiares quando chegam passam por revista feita pelos agentes prisionais e são atendidas pelo serviço social. O encontro com os internos acontece no pátio e, segundo informações colhidas na visita técnica, cerca de 40% dos internos recebem visita e 16 internos encontram-se em abandono social atualmente.

Tabela 3

Situação legal dos internos em 27/10/2021 HCTP (Salvador, Bahia)

Situação Legal	Número
Alvará de Soltura	03
Decisão Interlocutória	12
Para Laudo	36
Com Laudo	41
Medida Provisória Cautelar	39
Medida de Segurança	41
Problema Social	09
Tratamento	01

Nota: Documentos do Arquivo do HCTP (Salvador, Bahia)

Segundo o CENSO de 2011, o HCTP da Bahia possui vinte e quatro indivíduos, o que equivalia a 48% da população total em medida de segurança do estabelecimento à época, composta por cinquenta pessoas, não deveriam estar internados. Uns porque já não eram mais considerados perigosos, outros porque possuíam sentença de desinternação e outros porque tiveram a medida de segurança declarada extinta. Destaca-se que treze portadores de transtorno mental permaneciam internados mesmo contando com sentença de desinternação. Quanto aos que possuíam a medida de segurança declarada extinta, tratava-se de quatro pessoas. (DINIZ, 2013, p. 85-86)

O abandono social evidenciado na visita técnica realizada não é novidade do HCT/BA, pois, conforme pesquisa realizada por Alessandra Prado e Danilo Schindler, entre outubro de 2012 e março de 2013, dezessete pessoas não deveriam estar internadas no HCTP/BA. Nesse lapso temporal “só foram efetivamente desinternados quatro dos dezessete pacientes pesquisados”, e hoje verifica-se novamente o número de 16 internos, o que só confirma as dificuldades de inserção social do portador de transtorno mental que transgrida a lei. (PRADO; SCHINDLER, 2017, p. 649)

O caso dos “desinternados” mantidos no HCTP/BA é exemplo da institucionalização dos portadores de transtorno mental em conflito com a lei que, mesmo após alcançarem o direito de desinternação ou a sentença de extinção da medida de segurança, permanecem encarcerados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como se internos fossem, com a liberdade restringida, saúde mental negligenciada, despersonalizados e, muitas vezes, abandonados pela própria família. São aqueles a que a Lei Antimanicomial não foi capaz de alcançar.

Nesta linha intelectual, é importante salientar, que no ano de 2013, o Ministério Público do Estado da Bahia ingressou com ação perante a Vara de Execuções Penais e Medidas Alternativas, requerendo a interdição do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia, em face da precariedade da instituição, como a superlotação, presença de lixo nas áreas comuns, falta de condições mínimas de higiene no preparo dos alimentos dos internos, danos estruturais no prédio, que havia sofrido um incêndio naquele ano após rebelião comandada por alguns dos internos, entre outras. A ação foi tombada sob o número 0339793-98.2013.8.05.0001 e teve o pedido liminar deferido, oportunidade em que o juízo competente determinou a interdição total do HCTP/BA.

A ação foi tombada sob o número 0339793-98.2013.8.05.0001 e teve o pedido liminar deferido, oportunidade em que o juízo competente determinou a interdição total do HCTP/BA.

No ano de 2015, o HCTP/BA foi alvo de novo pedido de interdição, esse formulado pela Defensoria Pública do Estado da Bahia, sob o número 0319053-51.2015.8.05.0001 e também com fundamento na precariedade da instituição, pelos mesmos motivos da ação anterior. Foi realizada, ainda, visita ao local pela vigilância sanitária que constatou que as “pendências” antes identificadas, que indicavam risco sanitário, “apesar de menores”, continuavam existindo. (Ofício nº 10/2016 fls. 339/340 do processo número 0319053- 51.2015.8.05.0001)

Contrariamente, da leitura do Ofício 11.508/2015, expedido pela Presidência do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, pode-se extrair que após visita ao local, o Conselho Regional de Medicina constatou “precárias condições de conservação, lixo exposto e acúmulo de água parada no pátio interno do hospital, áreas com infiltração e fungos em boa parte do teto e paredes, bem como fiação elétrica exposta”. Ao fim, foi concluído pelo Conselho e comunicado à SEAP que “o HCTP/BA não reunia condições de abrigar com segurança e dignidade seus internos”. (Ofício nº 11.508/2015, fls. 303/307 do processo número 0319053-51.2015.8.05.0001)

Diante das situações expostas até aqui, nota-se, nitidamente, que a manutenção da condição de interno, mesmo com decisão de desinternação, por si só significa violação aos direitos humanos. O direito à vida, consagrado na Declaração Universal de Direitos Humanos, reiterado na Convenção Americana de Direitos Humanos e na

Constituição não diz respeito apenas ao direito de continuar vivo, de sobreviver ou respirar, mas, sobretudo, ao direito de ter uma vida digna.

Por conseguinte, pode-se concluir que o direito à saúde é um prolongamento do próprio direito à vida, demonstrando-se como uma circunstância essencial para garantir a dignidade da pessoa bem como a sua sobrevivência. A Declaração Universal dos Direitos Humanos inclui no seu grupo de direitos que devem ser tidos como universais, o direito à saúde.

A Lei Antimanicomial, como já discutido, modifica o modelo assistencial em saúde mental estabelecendo novos parâmetros, que buscam proteger e garantir o melhor tratamento ao portador de transtorno mental. Ainda que exista incerteza acerca de qual o modelo mais adequado ao tratamento dessas pessoas, é consenso, que o objetivo do tratamento conferido à pessoa acometida com a doença mental é a sua reinserção no meio social.

Ademais, como também já foi mencionado, é uma conjectura da Lei da Reforma Psiquiátrica a excepcionalidade dos internamentos e que, quando necessários, sejam promovidos em instituições que não possuam características asilares, o que, depois de tudo que já foi explorado e, principalmente de duas interdições, não se pode dizer ser o caso do HCTP/BA.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa empenhou-se em suscitar as discussões que sejam capazes de gerar frutos não somente a nível acadêmico, mas, sobretudo, a nível social. A discussão acerca da custódia de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, os ditos loucos infratores, é complexa e ampla, pois exige a integração de diversos saberes, inclusive para muito além da Psicologia e do Direito Penal.

Objetivou-se nessa pesquisa, portanto, analisar de que maneira o Código Penal brasileiro e a Lei de Execução Penal atuam nos casos de medida de segurança contra um inimputável ou semi-imputável, bem como identificar os avanços e retrocessos no cuidado ao paciente psiquiátrico a partir da Lei 10.216/2001 e refletir de que forma está se dando o tratamento de pacientes judiciários, se os direitos e garantidas fundamentais desses custodiados estão sendo respeitados, e se, diante desse cenário, há eficácia da funcionalidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

A partir dos resultados obtidos nas pesquisas é possível expor algumas contribuições sobre a relevância do tema abordado. Com relação as fontes de pesquisa, destaca-se a escassez de literatura específica sobre o assunto, alguns poucos livros foram dedicados exclusivamente ao tema em questão. Ao assunto, normalmente é dedicado apenas algum capítulo, nos livros de direito penal, na parte geral.

A maior fonte de informações, no entanto, é encontrada em artigos, monografias, teses e dissertações, tanto no ramo do direito penal, criminologia e áreas dedicadas ao estudo do conhecimento da mente humana, no que tange aos distúrbios mentais; além de alguns estudos na área da penologia, sistema penal brasileiro e reforma psiquiátrica.

Ademais, foi realizada uma visita técnica ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado da Bahia, no dia 26 de outubro de 2021, com o intuito de verificar o dia a dia dos custodiados nessas instituições, sua estrutura e funcionalidade, bem como analisar, na prática, a aplicação da medida de segurança aos inimputáveis que cometeram algum ato considerado crime.

Ao longo da história da política de saúde mental brasileira, podem ser verificadas diversas inovações, sobretudo, na jornada da Reforma Psiquiátrica, que vem sendo

discutida no país desde a segunda metade da década de 1970. Assim, embora essas novas práticas venham sendo criadas, muitos dos direitos das pessoas com transtornos mentais continuam sendo seriamente violados.

O que se percebe é uma tradição baseada na invisibilidade dos direitos dos pacientes psiquiátricos que não contam com uma rede de serviços de atenção à saúde mental estruturada, capaz de prestar assistência de forma adequada. São poucas as políticas públicas que promovem saúde mental, a convivência, seja ela social ou familiar, e prevenção aos transtornos mentais.

Os instrumentos nacionais e estaduais devem permitir a concretização dos objetivos de saúde pública e da política de saúde. Os Estados devem respeitar, promover e realizar os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, conforme definidos em lei. Apesar de algumas mudanças, como a transformação dos hospitais psiquiátricos, o surgimento dos hospitais-dia, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Serviços Residenciais Terapêuticos, o modelo hospitalocêntrico ainda prevalece no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Baiano, local onde ainda são praticadas diversas violações dos direitos humanos das pessoas ali internadas.

A conservação do modelo hegemônico de assistência psiquiátrica às pessoas com transtornos mentais autoras de delito viola os direitos humanos inscritos na Constituição Federal de 1988 e na lei de Reforma Psiquiátrica. Surge então a necessidade de procurar a criação de serviços de saúde mental que ofereçam um tratamento digno aos infratores, assegurando sua presença e atuação no espaço social. Considera-se que os dispositivos do Código Penal que criaram a inimputabilidade, a medida de segurança e a periculosidade estão ultrapassados e inadequados, necessitando de mudanças inclusive relacionadas à execução dessas medidas.

Percebe-se que tal instituto, cuja aplicação tem por finalidade a prevenção e defesa social, na realidade intervém na esfera de liberdade individual dos infratores mentais, gerando, para estes, na grande maioria dos casos, um destino desafortunado, traduzido por internações sucessivas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, muitas vezes sendo acometidos por prisão perpetua. Dessa forma, fica patente a ilegalidade de tal instituto em face da Constituição da República; bem como conflita também, com a Lei Federal de nº 10.216 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Dentre os instrumentos de proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais encontra-se a Lei nº 10.216/01, que organizou os princípios e os objetivos da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, considera-se essencial estender os direitos assegurados nesta legislação aos internos do HCTP, fomentando a integralidade e a humanização dos serviços prestados a essas pessoas, o respeito a seus direitos e a melhoria da qualidade de suas vidas, na perspectiva da dignidade humana.

Ponderando que a legislação de saúde mental brasileira traz uma estrutura voltada para o tratamento e não para a punição, faz-se imprescindível a relação dessa estrutura com o sistema de justiça criminal dispondo-se a efetiva prática do acesso aos serviços de saúde e aos demais direitos garantidos às pessoas com transtornos mentais autoras de delito.

A existência dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é atravessada por questões sociais, culturais, políticas e econômicas. Entretanto, continuam funcionando como um aparato de controle, legitimado por uma política pública que combate o diferente, que rechaça tudo aquilo que desvirtua a ordem sociocultural imposta como ideal. O combate à loucura não é atual, existe, na verdade, há séculos.

Isto posto, a pesquisa realizada indica a não aplicação da Lei nº 10.216/2001, no que tange ao tratamento dos pacientes judiciários do país. Essa invisibilidade do louco infrator não fora rompida com as conquistas da Reforma Psiquiátrica. Inalcançados pela saúde, sob a tutela, em maioria, pela Secretaria de Segurança Pública ou de Administração Penitenciária, essa população vive em instituições híbridas, entre o pior da prisão e o pior do hospital, com pouca possibilidade de ressocialização, haja vista que não estão submetidos a um tratamento eficaz, que possa romper com a suposta periculosidade que eles carregam.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva – Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, jun./2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/2067-2074/>. Acesso em: 21 set. 2021.

ANACLETO, Verônica; MORAIS, Lucas; ROLIM, Renata. Manicômio judiciário: paradoxo entre saúde e segurança pública. *In: I Congresso Nacional de Ciências da Saúde – avanços, interfaces e práticas integrativas*, mar./2014. Cajazeiras: Editora Realize, 2014. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/5597>. Acesso em: 27 set. 2021.

ANDRADE, Haroldo da Costa. **Das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: Editora América Jurídica, 2004.

ANÍBAL, Bruno. **Direito Penal**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1967.

ARAÚJO, Fábio Roque. **Direito Penal Didático**. Salvador: Editora JusPodivm, 2019.

ARRUDA, Ana Luiza Gardiman; JUNQUEIRA, Gustavo. Inimputabilidade e Direito Penal do Inimigo: a conveniente classificação do louco. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul**, Campo Grande, vol. 06, n. 02, jun./2020.

BARROS, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no Direito Constitucional Contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2013.

BARROS-BRISSET, Fernando Otoni de. **Genealogia do conceito de periculosidade**. Belo Horizonte: Editora Responsabilidades, 2011.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. *In: A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. JAHN, Heloisa (Trad). Rio de Janeiro: Editora Graal, 1965.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Código Penal Comentado**. 8 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2014.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**. 25 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2019.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. 9 ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2004.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

BRASIL. **Decreto n. 3.956**, de 8 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília, DF. 08 out. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. **Lei n. 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. 06 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. **Lei n. 7.210**, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF. 11 jul. 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 14 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Volta para Casa**. Rio de Janeiro. 2003. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf. Acesso em: 04 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**; Brasília, nov./2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 27 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no sistema prisional. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp/saude_mental. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Habeas Corpus 385.198/SC. Paciente: Nelson da Costa Medeiros Júnior. Relator: Min. Felix Fischer. Data de julgamento: 23 mai. 2017. Data de publicação: 06 jul. 2017. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/471981303/habeas-corpus-hc-385198-sc-2017-0005360-7/inteiro-teor-471981313>. Acesso em: 12 ago. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus n. 84.219/SP. Paciente: Maria de Lourde Figueiredo ou Maria de Lourdes. Coator: Superior Tribunal de Justiça. Relator: Min. Marco Aurélio. Data de julgamento: 16 ago. 2005. Data de publicação: 23 set. 2005. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/763647/habeas-corpus-hc-84219-sp/inteiro-teor-100479808>. Acesso em: 02 set. 2021.

CARRARA, Sérgio Luís. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, vol. 20, n. 01, abr./2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004. Acesso em: 12 ago. 2021.

CARVALHO, Salo de. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro**. 3 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2020.

CASOY, Ilhana. **Serial killers: louco ou cruel?** São Paulo: Editora Madras, 2004.

CAVALCANTE, Márcio André Lopes. Comentários à súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça. **Portal Dizer o Direito**. 2015. Disponível em: <https://www.buscadordizerodireito.com.br/jurisprudencia/listar?categoria=18&subcategoria=184&assunto=613#:~:text=S%C3%BAmula%20527%2DSTJ%3A%20O%20tempo,abstratamente%20cominada%20ao%20delito%20praticado>. Acesso em: 20 jul. 2021.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Demanda en el caso de Damião Ximenes Lopes (Caso 12.237) contra la República Federativa del Brasil**. Delegados: José Zalaquett (comisionado) e Santiago A. Canton (secretário executivo). Disponível em: <http://www.cidh.org/demandas/12.237%20Ximenes%20Lopez%20Brasil%201oct04.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Hospital de custódia: prisão sem tratamento**. São Paulo: Editora Cremesp, 2014.

COPETTI, André. **Direito penal e Estado Democrático de Direito**. Porto Alegre: Editora Livraria do Advogado, 2000.

CORDIOLI, Maria Sirene; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida. Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. **Revista de Enfermaria da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452006000400008&script=sci_arttext. Acesso em: 25 set. 2021.

COSTA E SILVA, Antonio José. **Código Penal dos Estados Unidos do Brasil comentado**. Vol 1. Brasília: Senado Federal, 2004.

COSTA, Álvaro Mayrink. Medidas de segurança. **Revista da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 37 ed, 2007.

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Disponível em: <https://www.mppi.mp.br/internet/wp-content/uploads/2010/06/direito%20sade%20mental%20e%20reforma%20psiquiatria-%20texto%20mdico%20psiquiatria-unb.doc>. Acesso em: 14 jul. 2021.

COSTA, Elisa Walleska Krüger Alves da. **A falência da medida de segurança: da exclusão à alteridade**. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2015. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18752/1/2015_ElisaWalleskaKrugerAlvesdaCosta.pdf. Acesso em: 10 set. 2021.

CUNHA, Rogério Sanches. **Manual de Direito Penal: parte geral**. Salvador: Editora Juspodivm, 2014.

DELMANTO, Roberto. **A inimizabilidade por doença mental e seus reflexos sociais**. 2010.

DIAZ, Fernando. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica**: o “novo” na história da psiquiatria do Brasil. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3983/2/000012.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Editora Letras Livres, 2013.

DINIZ, Débora; BRITO, Luciana. “Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 1, jan.-mar./2016, p. 113-129. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/YchCDPPqfZFgj9m9kwgBpbd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2021.

EAGLEMAN, David. **Incógnito**: as vidas secretas do cérebro. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 2011.

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e razão**: teoria do garantismo penal. 3 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

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

FERRAZ JR., Tércio Sampaio. **Introdução ao Estudo do Direito – técnica, decisão, dominação**. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

FERREIRA, Amauri. Culpa, ressentimento e a inversão dos valores em Nietzsche. **Revista Filosofia**, São Paulo, 36 ed., jun./2009.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**, Recife, vol. 1, n. 18, mar./2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>>. Acesso em 18 out. 2021.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. NETTO, José Teixeira Coelho (Trad.). São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. A evolução da noção de indivíduo perigoso na psiquiatria legal do Século XIX. In: MOTTA, Manoel Barros da (Org.). **Ética, sexualidade e política**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. RAMALHETE, Raquel (Trad.). 20 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de Direito Penal: parte geral.** 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1985.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** 7 ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.

GOMES FILHO, Antônio Magalhães; TORON, Alberto Zacharias; BADARÓ, Gustavo Henrique. **Código de Processo Penal Comentado.** 2 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2019.

GOMES, Romina Moreira de Magalhães. **Os dispositivos da biopolítica: a loucura como exceção na aliança entre psiquiatria e Direito Penal.** Belo Horizonte: Editora Responsabilidades, 2013.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal.** Rio de Janeiro: Editora Forense, 1982.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal.** Rio de Janeiro: Editora Forense, 1978.

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

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito Penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, vol. 05, n. 01, 2004.

JESUS, Damásio de. **Direito Penal.** Vol 1. São Paulo: Editora Saraiva, 2015.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes.** CARVALHO, Antônio Pinto de. (Trad.). Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh_kant_metafisica_costumes.pdf. Acesso em: 14 set. 2021.

LIMA, Antônio Carlos de; CASTRO, Camila de Moura; SILVA, Ana Paula da. Ensaio sobre saúde mental, sistema prisional e direitos humanos: por uma radicalização da desinstitucionalização. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, vol. 09, n. 24, ago./2010.

LIRA, Renata Verônica Cortes de. **Loucos sob medida: compassos e descompassos entre a reforma psiquiátrica e os manicômios judiciais.** Dissertação (Mestrado em Direito). Programa de Pós-Graduação em Direito, Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/29246/29246.PDF>. Acesso em: 14 jun. 2021.

LOPES, Ana Maria D'ávila; FREIRE, Cylviane Maria Cavalcante de Brito Pinheiro. O reconhecimento do estado de coisas inconstitucional no sistema penitenciário brasileiro. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, vol. 10, n. 35, jun./2016.

LOPES, Laís Vanessa Carvalho de Figueiredo. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência da ONU, seu protocolo facultativo e a acessibilidade**. Dissertação (Mestrado em Direito). Programa de Pós-Graduação em Direito, Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: https://sbsa.com.br/wp-content/uploads/2020/11/Dissertacao_-_Lais-Vanessa-Carvalho-de-Figueiredo-Lopes.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

MADEIRA, Ronaldo Tanus. **A estrutura jurídica da culpabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 1999.

MAIA, Isabela Rebouças; COSTA, Frederico Magalhães. A proteção da dignidade da pessoa humana (e da saúde) no viés procedimentalista. **Revista Direito UNIFACS**, Salvador, n. 175, jun./2015. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/issue/view/207>. Acesso em: 10 ago. 2021. MASSON, Cleber. **Direito Penal Esquemático** – parte especial. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2015.

MASSON, Cleber. **Direito Penal: parte geral**. 13 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2019.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria: uma saída**. Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2006. MENDES, Gilmar Ferreira. A dignidade da pessoa humana na Constituição Federal de 1988 e sua aplicação pelo Supremo Tribunal Federal. **Revista do Observatório da Jurisdição Constitucional**, ano 6, n. 2, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/observatorio/article/view/915/614>. Acesso em: 14 abr. 2021.

MORAES, Alexandre de. **Direitos humanos fundamentais**. 9 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

MUÑOZ, Conde. **Teoria Geral do Delito**. Porto Alegre: Sérgio Fabris Editor, 1988.

NOGUEIRA, Raquel. **Sujeitos “reformados”**: um estudo dos sentidos e configurações subjetivas construídas por usuários do Centro de Atenção Psicossocial. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/17761/1/DISSERTACAO%20Nogueira%20Raquel%20C.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021.

NOVELINO, Marcelo. **Curso de Direito Constitucional**. 14 ed. Salvador: Editora JusPodivm, 2019.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Direito Penal: partes geral e especial**. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos**. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-Pebook.pdf. Acesso em: 28 mai. 2020.

PACELLI, Eugênio; FISCHER, Douglas. **Comentários ao Código de Processo Penal e sua Jurisprudência**. 10 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2018.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

PANHOCA, Ivone; CARVALHO, Adriele; COUTINHO, Patrícia. Cumprimento da medida de segurança no Brasil e as características de prisão perpétua. **Revista Âmbito Jurídico (eletrônica)**, n. 171. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-171/cumprimento-da-medida-de-seguranca-no-brasil-e-as-caracteristicas-de-prisao-perpetua/>. Acesso em: 27 mar. 2021.

PIMENTEL, Vanessa Miceli de Oliveira. Psicopatia e Direito Penal: o lugar do autor psicopata dentro do sistema jurídico-penal: o lugar do autor psicopata dentro do sistema jurídico-penal. **Portal JusBrasil**. 2015. Disponível em: <https://nessamiceli.jusbrasil.com.br/artigos/314024342/psicopatia-e-direito-penal>. Acesso em: 21 mai. 2021.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 19 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2021.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 5 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2012.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**, São Paulo, vol. 13, n. 2, mai./ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/KGgqPYqS3hJqswcJK6PgzvD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

QUEIROZ, Paulo. **Direito Penal: parte geral**. Salvador: Editora JusPodivm, 2018.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. 5 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2018.

ROBLES, Gregório. **Os direitos fundamentais e a ética na sociedade atual**. 1 ed. São Paulo: Editora Manole, 2005.

SANTANA, Flávia; PERREIRA, Maria; ALVES, Marília. O (des)preparo do hospital judiciário para a ressocialização: violação de direitos humanos. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Belo Horizonte, fev./2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0022.pdf. Acesso em: 21 mar. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. 12.ed. **A eficácia dos Direitos Fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** Porto Alegre: Editora Livraria do Advogado, 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988.** 3 ed. Rev. Atual. Ampl. Porto Alegre: Editora Livraria do Advogado, 2004.

SILVA, Otto Marques. **A epopeia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje.** 1 ed. São Paulo: Editora CEDAS, 1987.

SINGER, Peter. **Ética prática.** São Paulo: Editora Martins Fontes, 1998.

SOARES, Ricardo Mauricio. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.** São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

TAVARES, Natália Lucero Frias; GARRIDO, Rodrigo Grazinoli; SANTORO, Antônio Eduardo Ramires. Política de saúde no cárcere fluminense: impactos da pandemia de COVID-19. **Revista Estudos Institucionais**, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 1, p. 277-300, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://estudosinstitucionais.emnuvens.com.br/REI/article/download/480/492>. Acesso em: 10 jun. 2021.

TAVOLARO, Douglas. **A casa do delírio: reportagem do manicômio judiciário de Franco da Rocha.** 3 ed. São Paulo: Editora Senac, 2004.

TÁVORA, Nestor; ALENCAR, Rosmar Rodrigues. **Curso de Direito Processual Penal.** 11 ed. Salvador: Editora JusPodivm, 2016.

TEIXEIRA, Thayse dos Santos. **Exame de verificação de cessação de periculosidade: o que avalia?** Monografia (Graduação em Psicologia). Faculdade de Psicologia, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, Santa Catarina, 2014. Disponível em: http://pergamum.unisul.br/pergamum/pdf/112438_Thayse.pdf. Acesso em: 18 set. 2021.

TOURINHO, Fernando Da Costa Filho. **Processo Penal.** 35 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2013.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro e SLOKAR, Alejandro. Inimputabilidade e semi-imputabilidade por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado. **Revista Epos**, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 2, jun./2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2015000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 ago. 2021.