



LAYSE OLIVEIRA DE MELO

**O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E O CRIME: a
falência do manicômio e uma nova alternativa de execução da
Medida de Segurança para o resgate da cidadania**

BRASÍLIA

2011

LAYSE OLIVEIRA DE MELO

**O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E O CRIME: a
falência do manicômio e uma nova alternativa de execução da
Medida de Segurança para o resgate da cidadania**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de bacharelado em Direito
do Centro Universitário de Brasília -
UniCEUB

Orientador: Prof^ª. Eneida Obraze Taquary

BRASÍLIA

2011

Dedico este trabalho à Angélica, o melhor presente que Deus poderia ter me dado. Ao meu esposo, Cosmo, pelo amor, cumplicidade e companheirismo. À minha mãe, Terezinha de Jesus, pelo seu amor e presença que, durante toda minha vida, me conduziram, me ensinaram e continuam a me ensinar. Ao meu irmão Renato, que com seu jeito, sei que torcia por mim.

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por toda sua bondade e generosidade em minha vida.

Agradeço a minha mãe, Terezinha de Jesus, por sempre acreditar em mim e incentivar-me em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis.

A minha filha, Angélica, que, com sua inocência, foi minha inspiração durante todo o meu curso.

Ao meu esposo, Cosmo, por sua confiança, cooperação e também por acreditar em mim e na minha capacidade.

A minha orientadora Prof^a. Eneida, pelo apoio e principalmente por seu incentivo quando eu achava que não conseguiria produzir nada.

A minha Tia Alice, por sua paciência em ler todo o trabalho e fazer a revisão do texto.

Ao diretor do meu trabalho, Osvaldo, por todos os “jeitinhos” que deu em meu favor e também ao meu chefe imediato Julinho, por sua disposição em me ajudar.

À Rose, pela ajuda mútua.

À Bené e à Socorro por todas as ausências e atrasos perdoados.

Aos meus irmãos de comunidade, principalmente meus formadores e coordenadores, pela compreensão das minhas ausências e pelas orações.

Finalmente a todos os amigos e amigas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a conclusão deste trabalho.

Toda etapa vencida é importante, tornando-se uma vitória quando pode ser compartilhada.

A todos, meu sincero muito obrigada!

RESUMO

A presente monografia teve por objetivo geral **investigar se a atual forma de execução da Medida de Segurança aplicada aos inimputáveis promove o resgate da sua cidadania, sua inclusão social e o respeito à sua dignidade como pessoa humana, como sujeito de direitos.** Mostra a realidade dos pacientes judiciários do Distrito Federal que sofrem transtorno mental e cumprem a Medida de Segurança na Ala de Tratamento Psiquiátrico no Gama-DF e que infelizmente não difere muito da triste realidade encontrada na grande extensão do território brasileiro. Nesta instituição pode-se constatar o resultado negativo da aplicação da Medida de Segurança ao doente mental que comete um delito e para a sociedade como um todo. Apresenta um novo modelo de execução para o instituto que proporciona uma mudança de pensamento da sociedade quanto ao portador de sofrimento mental e que atende às propostas trazidas pela Lei nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, devolvendo ao delinquente-doente sua cidadania e promovendo sua inclusão social.

Palavras-chave: Execução da Medida de Segurança; Manicômio Judiciário; Reforma Psiquiátrica; Cidadania; Inclusão Social.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 MEDIDA DE SEGURANÇA: Aspectos históricos.	11
1.1 A Medida de Segurança no Código Penal Brasileiro	15
1.2 Conceito, natureza jurídica e finalidades da Medida de Segurança	18
1.3 Inimputabilidade e a imposição da Medida de Segurança	21
1.4 Espécies e formas de aplicação da Medida de Segurança	23
2 DIREITO E SAÚDE MENTAL: A evolução do conceito de loucura	26
2.1 A história da psiquiatria no Brasil.....	32
2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	38
2.3 A edição da Lei nº 10.216/2001	42
2.4 Medida de Segurança e a Lei nº 10.216/2001	45
3 O MANICÔMIO JUDICIÁRIO NO BRASIL	47
3.1 Índio Febrônio do Brasil: o primeiro paciente do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil ..	51
3.2 O caso Damião Ximenes Lopes na Corte Interamericana de Direitos Humanos	53
3.2.1 A decisão da Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso dos Manicômios	54
4 A ALA DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO DISTRITO FEDERAL	62
4.1 PAI-PJ (Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário): A Medida de Segurança como resgate da cidadania.....	68
4.2 Colocações de Fernanda Otoni, coordenadora do projeto.....	74
4.2.1 Casos concretos com resultados positivos.....	76
CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIA:	83

INTRODUÇÃO

É de consenso popular que o Direito é um importante instrumento de controle social, o qual busca estabelecer a paz entre aqueles que coexistem em uma sociedade.

Coexistir em uma sociedade não é algo fácil. Exige entender que é preciso respeitar para ser respeitado, ser tolerante com as diferenças, buscar conviver com aquilo que vai além do entendimento humano o que muitas vezes esbarra em conceitos, pré-conceitos e valores. Mais difícil ainda é entender que a proteção da pessoa humana adentra na esfera, inclusive, daqueles que feriram outra pessoa humana que também tinha o direito de ser protegida. Mas, diante disso, ainda se torna mais difícil conviver com aquilo que nem mesmo a ciência consegue explicar, controlar ou mesmo apresentar a cura, como por exemplo, o portador de transtorno mental sob o agravante de ter cometido um delito.

A loucura sempre foi, ao longo de todos os séculos, algo que provocava na sociedade um sentimento de exclusão, de rejeição, o que estigmatizava todos os que portavam algum tipo de sofrimento mental, principalmente se este indivíduo viesse a cometer um crime.

Não restava dúvida de que aquele tido como louco infrator era um grande inimigo da sociedade, talvez até mais do que aquele que cometeu um crime e que possui sua sanidade mental, pois este, mesmo tendo cometido um delito, estava dentro da reserva da sociedade tida como normal.

Na busca de uma resposta aos anseios da sociedade, o Direito Penal reservou ao “louco infrator” uma medida de tratamento, que segundo o dispositivo legal visa que o indivíduo, ao ser segregado, seja tratado e possa ser curado, não pesando mais sobre ele periculosidade.

Embora nos dias de hoje ainda exista quem acredite que a Medida de Segurança possui um caráter estritamente preventivo, o fato é que tal medida não passa de uma pena que usa a máscara de um tratamento, e que no fundo retira do indivíduo suas garantias e conseqüentemente sua condição de sujeito de direitos.

O presente trabalho trata da execução da Medida de Segurança, que, segundo disposição legal, deve ocorrer em Hospital de Custódia e Tratamento – os antigo Manicômio Judiciários – ou em tratamento ambulatorial. Nesse sentido, a questão central de pesquisa deste estudo é: a atual forma de execução da Medida de Segurança aplicada aos inimputáveis promove o resgate da sua cidadania, sua inclusão social e o respeito à sua dignidade como pessoa humana, como sujeito de direitos?

O Código Penal Brasileiro estabelece critérios frágeis para sua aplicação, limitando-se a dizer que uma vez o indivíduo seja considerado inimputável e cometa um crime que seja punido com reclusão deverá ser internado, ou se o crime for punível com detenção, deverá ser submetido a tratamento ambulatorial. Outro agravante é que o dispositivo legal estabelece que tanto a internação quanto o tratamento ambulatorial seja por prazo indeterminado.

Assim, a presente pesquisa tem por objetivo geral: Investigar se a atual forma de execução da Medida de Segurança aplicada aos inimputáveis promove o resgate da sua cidadania, sua inclusão social e o respeito à sua dignidade como pessoa humana, como sujeito de direitos e, por objetivos específicos: 1. Analisar se o Instituto em estudo promove a reabilitação social aos inimputáveis conferindo-lhes dignidade como sujeito de direito; 2. Demonstrar a incompatibilidade da proposta trazida pela reforma psiquiátrica através da Lei nº 10.216/2001 com o atual cenário dos manicômios judiciais; 3. Analisar estratégias de reinserção ao meio social do portador de transtorno mental, submetido á Medida de Segurança, que comete fato ilícito e em que medida que tais estratégias respeitam os seus direitos básicos de cidadão e; 4. Apresentar uma nova proposta de execução da Medida de Segurança, através de parcerias públicas que promovam ao portador de transtorno mental o resgate da sua cidadania e a sua inclusão no meio social, quebrando os estigmas que existem em torno desses indivíduos.

A luta pela preservação dos direitos daqueles tidos como loucos culminou no movimento da Luta Antimanicomial, conhecida como Reforma Psiquiátrica. Tal movimento resultou na promulgação e publicação da Lei nº 10.216/2001 que traz uma proposta inovadora, propõe a extinção gradativa dos manicômios e sua substituição por serviços alternativos, nos casos em que forem possíveis, à uma mudança da mentalidade da sociedade acerca da doença mental.

Meu interesse em estudar o tema foi por acreditar que a Medida de Segurança, ao longo de todos os anos de sua aplicação, não conseguiu atingir seu objetivo precípua, qual seja, o caráter preventivo, mas, em uma maioria esmagadora de casos, retirou do infrator doente mental a condição de sujeito de direitos, ferindo sua dignidade como pessoa, fundamento da democracia brasileira positivada no inciso II, artigo 1º da Constituição Federal de 1988.

A relevância social deste estudo dá-se por acreditar que o mesmo possa contribuir para promover um debate sobre a temática e a Medida de Segurança possa ser revista dando novos rumos ao tratamento dos doentes mentais que cometem delito.

No primeiro capítulo foram apresentados os aspectos históricos do instituto, sua disposição na legislação brasileira, seu conceito, natureza jurídica, finalidade, espécies e forma de aplicação.

No segundo capítulo foi abordado o Direito e a Saúde Mental, sendo apresentado um breve histórico sobre a loucura, suas diversas concepções e as diversas formas como o louco foi estigmatizado pela sociedade e o triste tratamento que lhe foi dispensado até o surgimento da psiquiatria como ramo da medicina destinado ao tratamento da loucura que ante sua forma desumana resultou na reforma psiquiátrica. Ainda neste capítulo é mostrado, de forma rápida, a incompatibilidade da Medida de Segurança com as propostas trazidas pela Lei nº 10.216/2001.

O terceiro capítulo tratou de como se deu a criação do manicômio judiciário no Brasil, apresentando seu primeiro paciente e o resultado da sua longa institucionalização. É apresentado também o caso Damião Ximenes Lopes, que, embora tenha sido um portador de transtorno mental que não cometeu delito, teve seus direitos violados a ponto de resultar em sua morte. O caso foi tão polêmico que resultou na primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. O capítulo demonstra como ainda o judiciário e mesmo o sistema de saúde precisam caminhar em largos passos para o devido respeito para com portadores de sofrimento mental.

Por fim, no quarto capítulo é apresentada a realidade dos pacientes portadores de transtorno mental que cometem delito do Distrito Federal, feita por meio de uma visita *in*

loco, e que infelizmente não difere da realidade dos demais estados brasileiros onde a falta do atendimento/tratamento adequado e o devido suporte para que as famílias recebam de volta seus entes geram longas institucionalizações que resultam em uma explícita violação de direitos humanos. Outro fator extremamente grave é que diante disso há um culto silencioso para que todos os mitos e tabus que sempre envolveram o doente mental continuem sendo alimentados na consciência da sociedade, que de fato acredita ser a segregação a única solução para esses indivíduos.

Ainda neste capítulo é apresentada uma proposta de trabalho: um programa de atenção voltado especificamente ao portador de transtorno mental que comete delito com o intuito de que haja o resgate da sua cidadania e a sua inclusão social. Esse modelo já é uma realidade com resultados extremamente positivos e reconhecimento nacional.

1 MEDIDA DE SEGURANÇA: Aspectos históricos

As sociedades foram descobrindo, ao longo da história, que alguns indivíduos eram permanente ameaça ao cometimento de novos delitos, e que a repressão utilizada “habtualmente” não se mostrava eficaz; percebeu-se então a necessidade de que os mecanismos de prevenção individual contra a delinquência fossem determinados, sendo assim possível que a finalidade inicial fosse a de auxiliar e complementar a atuação da justiça penal.¹

Os romanos, com o escopo de afastar os indivíduos considerados perigosos para a sociedade (os furiosus), foram os primeiros a aplicar aos doentes mentais uma das medidas mais antigas: a relegação ou internação em casas de custódia; assim os portadores de doença mental eram excluídos da incidência do direito penal.²

Em seu início, a medida de segurança era aplicada de forma preventiva às ações dos ébrios habituais, vagabundos ou menores infratores, constituindo meio de defesa social contra os atos considerados “anti-sociais”; para tanto não era exigida nenhuma prática delituosa, pois se tinha como visão a segurança social, cujo objetivo era segregar o indivíduo tendo em face o perigo e o mau exemplo que este representava para a sociedade.³

Foi iniciada no século XVI a aplicação de medidas de segurança de correção a vagabundos e mendigos, tempo em que surgiu, no mesmo contexto histórico, a pena de prisão sob a forma de casas de trabalho e correção, evidenciando sua semelhança com as medidas preventivas. A proliferação de estabelecimentos destinados à emenda e ressocialização se deu ante o crescimento das cidades.⁴

O Código Penal Francês de 1810 destinava aos insanos a segregação indefinida; aos menores as medidas de caráter educativo e a partir de 1832 os mendigos e vagabundos que fossem liberados da segregação eram submetidos a uma vigilância especial

¹ PRADO, Luiz Régis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: parte geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010, p. 628.

² FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, p.16.

³ Ibidem. P.16.

⁴ ANDRADE, Haroldo da Costa. **Das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004, p.1.

da polícia – esse último modelo foi adotado também pelos códigos de sardo, toscano e o italiano.⁵

Ante todo esse contexto, tem-se na Inglaterra a primeira aplicação de tratamento psiquiátrico a criminosos portadores de doença mental: o *Criminal Lunatic Asylum Act* (1860) – onde havia a determinação de que pessoas que praticasse algum delito e fossem consideradas incapazes de serem responsabilizadas fossem recolhidas a um asilo de internados; e o *Trial of Lunatic Act* (1883). Foi também na Inglaterra que em 1800 surgiu o primeiro manicômio judicial como resposta à tentativa de homicídio, por um doente mental, contra o rei Jorge III. Nesse caso o agente foi absolvido e internado por tempo indeterminado.⁶

A Escola Positivista italiana surge na última terça parte do Século XIX, momento em que houve um encontro do naturalismo com o Direito Penal, que teve como figuras expressivas Lombroso, Ferri e Garofalo. Tal escola adotava a ideologia do tratamento, enxergando o crime como uma doença social que poderia ter sua cura alcançada com o tratamento aplicado, forçosamente, durante a execução da sanção.⁷

Importante expor, resumidamente, o pensamento dos expoentes da Escola Positiva: Ferri deu novo significado ao Direito Penal, entendendo-o como Sociologia Criminal por meio da negação do livre arbítrio; da teoria dos substitutivos penais e da classificação dos delinquentes em natos, loucos, ocasionais e passionais. Garofalo, por sua vez, foi o responsável pela sistematização jurídica, desenvolvendo o conceito de periculosidade e prevenção especial com o objetivo de pena. Lombroso entende o criminoso como um ser biológico diferente dos outros, sendo produto de taras atávicas, fatores patológicos e sociais⁸. Assim sendo, foi a Escola Positiva a responsável pelo

⁵ PRADO, Luiz Régis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: parte geral. São Paulo:Revista dos Tribunais, 2010, p. 628.

⁶ Ibidem. p. 629.

⁷ ANDRADE, Haroldo da Costa. **Das Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004, p. 2.

⁸ Cada um dos expoentes da Escola Positiva chegou a sua conclusão de maneira muito curiosa, principalmente Lombroso, segue parte de um texto que encontrei sobre a teoria lombrosiana:

“Lombroso formulou sua teoria do criminoso nato através de vários estudos que tiveram como causa certo episódio. Num dia, pela manhã, quando o mesmo estava fazendo a necropsia de um cadáver verificou que este tinha características de certos animais vertebrados inferiores, foi então que, subitamente, lhe veio a relação entre o criminoso, os animais e o homem primitivo. Posteriormente formulou a teoria do atavismo.

Segundo a teoria lombrosiana, certos homens, por efeito de uma regressão atávica, nascem criminosos, como outros nascem loucos ou doentios. A criminalidade proviria, de forma inelutável, de fatores biológicos. O

desenvolvimento das medidas de segurança, tendo, inclusive, dedicado atenção ao estudo do delinqüente, da vítima e pregado uma melhor individualização das penas.⁹

A partir de então, o crime passa a ser julgado não como um episódio isolado, mas observando-se as características físicas e psíquicas de quem o praticou. A periculosidade passa a ser o fundamento da medida de segurança como atuação penal, sendo todos os delinqüentes perigosos, em maior ou menor grau, tendo como base o fato de terem praticado um crime. Tem-se a perda da eficácia da pena tradicional, passando a prevenção especial ter sua validade condicionada à finalidade de tratamento ao delinqüente, visando reinseri-lo ao convívio social, passando a ser um trabalho de cunho preventivo.¹⁰

Embora seja atribuído à Escola Positivista o desenvolvimento da medida de segurança,¹¹ é de suma importância ressaltar também os pensamentos de Von Listz e Karl Stooss.¹²

Von Listz formulou a teoria da pena-fim, acreditava que toda sanção penal tinha por base um fim no direito: o preventivista, já que segundo sua visão, a função social da pena era a de proteção aos bens jurídicos. Ante esse pensamento elegeu a defesa social como justificadora à imposição de sua pena-defesa, onde havia a integração, em um só tipo de

indivíduo viria ao mundo estigmatizado por determinados sinais de degenerescência, com malformações e anomalias anatômicas ou funcionais, relacionadas com o seu psiquismo.[...].

Figurava ele o criminoso nato caracterizado por uma cabeça *sui generis*, com pronunciada assimetria craniana, fronte baixa e fugidia, orelhas em forma de asa, zigomas, lóbulos occipitais e arcadas superciliares salientes, maxilares proeminentes (prognatismo), face longa e larga, apesar do crânio pequena, cabelos abundantes, mas barba escassa, rosto pálido.

O homem criminoso estaria assinalado por uma particular insensibilidade, não só física como psíquica, com profundo embotamento da receptividade dolorífica (analgesia) e do senso moral. Como anomalias fisiológicas, o mancinismo (uso preferente da mão esquerda) ou a ambidestria (uso indiferente das duas mãos), além da desvulnerabilidade. Ou seja, uma extraordinária resistência aos golpes e ferimentos graves ou mortais, de que os delinqüentes típicos pronta e facilmente se restabeleceriam. [...]

Além de outros caracteres que Lombroso atribuía aos criminosos nato, como: insensibilidade dolorífica (por isso o uso de tatuagens), atrofia do senso moral, imprevidência, preguiça, vaidade, impulsividade e epilepsia, senão com sinais exteriores pelo menos uma epilepsia no estado larval.

Contudo, Lombroso reconheceu que os estigmas arrolados não que determinantemente indiquem que qualquer pessoa que tenha algum desses caracteres seja um criminoso, pois existem indivíduos honestos e normais que apresentam algum desses. O fato é que, porém, esses estigmas são encontrados em proporção muito maior entre os criminosos.” CAPELA, Fábio Bergamin. **Pseudo-evolução do Direito Penal**. Jus Navigandi, Teresina, ano 7, n. 55, 1 mar. 2002. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/2795>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

⁹ ANDRADE, Haroldo da Costa. **Das Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004, p. 2 e 3.

¹⁰ PRADO, Luiz Régis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: parte geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010, p. 629.

¹¹ ANDRADE, Haroldo da Costa. Op. cit., p.2.

¹² FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, p. 33.

sanção, dos fins retributivos e preventivos. Assim acreditava ser possível alcançar o equilíbrio entre o poder e o direito. Em suma, para Von a punição encontrava sua justificativa ora na retribuição pelo mal praticado, ora por prevenção ante a possibilidade da reiteração da conduta, dessa forma legitimou a medida de tratamento com fundamento na recuperação, na intimidação ou na inocuidade. Assim traçou diretrizes políticas-criminais para as futuras medidas de tratamento.¹³

Por sua vez, Karl Stooss elaborou o anteprojeto do Código Penal Suíço de 1893 marcando a história do direito penal. Seu anteprojeto concretizou as idéias de pena-fim de Von Listz, trazendo uma forma de complementação sancionatória aos delinquentes ainda não recuperados. Stooss preocupou-se especialmente com os reincidentes, os alcoólatras habituais, os corrompidos perigosos e os delinquentes juvenis. Assim, quando a pena se mostrasse ineficaz – por exemplo, um delinquente que sofreu várias penas de reclusão e veio a praticar outro delito em um prazo inferior a cinco anos - a medida de internamento em instituições específicas para reincidentes era imposta, havendo a substituição da execução da sanção-pena pela sanção-medida de segurança.¹⁴

Importante frisar que não se tratava de uma mera instituição da medida de segurança como complemento da pena, mas da substituição desta ante a sua ineficácia, buscando-se a proteção da sociedade assim como a recuperação do delinquente perigoso.¹⁵

Com a denominação dada para a medida de segurança houve a criação de um sistema de dupla via sancionatória, conferindo ao instituto uma relativa autonomia.¹⁶

Após a sistematização trazida por Stooss, surge na Itália, em 1930, um sistema completo de medidas de segurança.¹⁷

Ferri foi inicialmente o responsável pela elaboração do projeto do Código Penal italiano, que pregava a unificação das sanções penais, onde pena e medida de segurança

¹³ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, p. 28 e 29.

¹⁴ *Ibidem*. p. 30 e 31.

¹⁵ *Ibidem*. p. 31.

¹⁶ *Ibidem*. p. 32.

¹⁷ ANDRADE, Haroldo da Costa. **Das medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004, p.4.

seriam denominadas unicamente de “sanções pena” e o critério para a sua aplicabilidade seria a periculosidade subjetiva.¹⁸

O projeto de Ferri foi fadado ao fracasso e a Arturo Rocco foi dada a incumbência de elaborar o novo Código Penal, que por sua vez trouxe o sistema dualístico, duplo binário, que serviu de inspiração para o legislador brasileiro de 1940.¹⁹

1.1 A Medida de Segurança no Código Penal Brasileiro

No Brasil, mesmo antes do anteprojeto de Karl Stooss, existiram legislações que disciplinaram a medida de tratamento, porém todas davam a esta a denominação de pena.²⁰

O primeiro diploma legal a disciplinar a medida de tratamento foi o Decreto 1.132/1903. Segundo ele, os indivíduos portadores de moléstia mental, congênita ou adquirida que representassem perigo à ordem pública ou à segurança das pessoas eram recolhidos em institutos para alienados.²¹

Galdino Siqueira, em seu Projeto do Código Penal (1913), trouxe a internação dos inimputáveis perigosos em manicômios judiciários ou hospitais de alienados, porém não houve deliberação legislativa quanto ao citado projeto.²²

Em meio a tantas mudanças legislativas, bem como novas propostas para o Código Penal, no ano de 1927 ocorreu o caso Febrônio Índio do Brasil, o mais famoso em relação à doença mental e que causou grande impacto.²³

Ainda em 1927, o Projeto de Código que tinha por autor Virgílio de Sá Pereira, sob a influência do Código Suíço e do Projeto de Rocco, recepcionou, de forma limitada, a periculosidade criminal, tendo como temas a habitualidade e as medidas pós-

¹⁸ ANDRADE, Haroldo da Costa. **Das medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004, p. 4.

¹⁹ Ibidem. p. 4.

²⁰ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, p. 33.

²¹ Idem. Ibidem. p. 33.

²² ANDRADE, Haroldo da Costa. Op. cit., 2004, p.5.

²³ O caso sera descrito no capítulo 3.

delituosas; outro ponto foi que passou a se exigir a perigosidade social e não a criminal, o que deu origem aos delinqüentes sem capacidade plena: imputabilidade restrita.²⁴

A sistematização definitiva das medidas de segurança no Brasil se deu com a promulgação do Código Penal de 1940, que adotou dois critérios para a verificação da responsabilidade penal: a capacidade de entender o caráter criminoso do fato e a capacidade de determinar-se segundo esse entendimento.²⁵ Dessa forma foi adotado o sistema duplo binário, em que a medida de segurança foi normatizada ao lado da pena, complementando-a quando relacionada aos responsáveis e substituindo-a quando aplicada aos irresponsáveis.²⁶

Segundo a codificação do CP de 1940 os pressupostos de aplicação das medidas de segurança eram cumulativos, qual sejam, a prática de fato previsto como crime e a periculosidade do agente. Dessa forma, a medida de segurança era imposta tanto ao inimputável como ao imputável – este último era submetido à medida de tratamento após o cumprimento da pena diminuída. Sua aplicação era de responsabilidade da autoridade judiciária e por admitir, mesmo de forma excepcional, sua imposição por razões de periculosidade social, houve certa relativização do princípio da legalidade.²⁷

As medidas foram divididas em pessoais e patrimoniais. As medidas pessoais foram classificadas em detentivas – internação em manicômios judiciários, em casas de custódia e tratamento, em colônias agrícolas e institutos de trabalhos, de reeducação ou de ensino profissional – e em não detentivas – liberdade vigiada, proibição de frequentar determinados lugares e exílio local; as patrimoniais consistiam em interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade ou associação, além do confisco.²⁸

O agente era presumido como perigoso, não havendo a necessidade da prévia prática delituosa. A cessação da medida só ocorreria com a total cura do indivíduo,

²⁴ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, p. 34.

²⁵ ANDRADE, Haroldo da Costa. **Das medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004, p.5.

²⁶ FERRARI, Eduardo Reale. Op. cit., p. 34.

²⁷ Ibidem. p. 34 e 35.

²⁸ ANDRADE, Haroldo da Costa. Op. cit., p. 5.

porém não se respeitava a possível cessação do estado de periculosidade, haja vista que era fixado um lapso temporal mínimo de cumprimento obrigatório em sua execução.²⁹

Vê-se claramente que a legislação (Código Penal de 1940) era incoerente, pois ao mesmo tempo em que exigia para a aplicação da medida de segurança a prévia prática do delito, por vezes, a dispensava, já que em seu corpo continham situações taxativas de presunção de periculosidade que eram suficientes para a aplicação da medida.³⁰

Em 1969 foi elaborado um Código Penal que veio a ser publicado por meio do Decreto Lei 1.004.³¹ Este código manteve a mesma orientação anterior para os casos de semi imputabilidade, permitindo a aplicação da pena atenuada, reduzida, ou, em substituição a essa, a internação em manicômio judiciário ou em estabelecimentos psiquiátricos anexos. Em caso de cura, o condenado se veria diante da possibilidade de retornar ao cumprimento do restante da pena, tendo garantido seu direito ao livramento condicional; porém se após o prazo de internação houvesse a permanência da periculosidade a internação passaria a ser por prazo indeterminado.³²

O referido código eliminou a cumulatividade entre as sanções detentivas, adotando o sistema vicariante, o que revolucionou a execução da medida profilática. Ocorre que, mesmo diante da revolução trazida às medidas de segurança, o citado código viu-se revogado, embora tenha sido promulgado, antes mesmo de sua vigência.³³

A reforma do Código Penal de 1940, introduzida pela Lei nº 7.207/1984, trouxe significativas modificações legislativas. No tocante às medidas de segurança, estas foram destinadas exclusivamente aos inimputáveis e semi-imputáveis. Aos primeiros, se no tempo da ação ou omissão forem inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato por possuírem doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado é aplicada a medida de segurança; quanto aos semi-imputáveis é possível a substituição da pena pela medida de segurança, caso necessite de especial tratamento curativo. Assim, ao imputável é

²⁹ FERRARI, Eduardo Reale. Op. cit., p.35.

³⁰ Ibidem. p. 36.

³¹ FERRARI, Eduardo Reale. Op. cit., p.37

³² ANDRADE, Haroldo da Costa. **Das medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004, p..5 e 6.

³³ FERRARI, Eduardo Reale. Op. cit., p. 38.

reservada exclusivamente a aplicação da pena, selando o afastamento por completo do sistema duplo binário, passando a vigorar o sistema vicariante.³⁴

Ainda quanto às mudanças introduzidas, ressalta-se a observação, de forma absoluta, do princípio da legalidade (outrora relativizado), que trouxe como pressupostos obrigatórios para a aplicação da medida de segurança a periculosidade criminal e a prática de um ilícito típico por parte do agente. Outra importante mudança foi o fim da presunção de periculosidade e a diferenciação entre as condutas criminais e as ações anti sociais, dando ao instituto à natureza jurídico criminal.³⁵

Dessa forma, tem-se hoje no Brasil, conforme exposto, o sistema vicariante, onde o juiz ou aplica a pena aos imputáveis ou a medida de segurança aos inimputáveis ou semi-imputáveis.³⁶

Para finalizar, dentro do contexto brasileiro, vale ressaltar outra contribuição significativa para a evolução da medida de segurança no Brasil, qual seja, a Lei nº 7.210/1984, conhecida como Lei de Execuções Penais, que trouxe em seu artigo 171 a garantia de que a aplicação da medida só se dará depois de expedida, pela autoridade judiciária, a guia de execução, que por sua vez exige o trânsito em julgado da sentença absolutória. Assim, resta demonstrado não ser possível de forma alguma a aplicação provisória do instituto em questão.³⁷

1.2 Conceito, natureza jurídica e finalidades da Medida de Segurança

Guilherme de Souza Nucci assim conceitua a Medida de Segurança:

Trata-se de uma forma de sanção penal, com caráter preventivo e curativo, visando a evitar que o autor de um fato havido como infração penal, inimputável ou semi-imputável, mostrando periculosidade, torne a cometer outro injusto e receba tratamento adequado.³⁸

³⁴ PRADO, Luiz Régis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: parte geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010, p. 631 e 632.

³⁵ FERRARI, Eduardo Reale. Op. cit., p. 40.

³⁶ NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**: parte geral: parte especial. 4ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008, p.542.

³⁷ FERRARI, Eduardo Reale. Op. cit., 42.

³⁸ NUCCI, Guilherme de Souza. Op. cit., p.541.

Esse mesmo entendimento é seguido pelo autor Fernando Capez, o qual conceitua medida de segurança como: “Uma sanção penal imposta pelo Estado, na execução de uma sentença, cuja finalidade é exclusivamente preventiva, no sentido de evitar que o autor de uma infração penal que tenha demonstrado periculosidade volte a delinquir”.³⁹

Eduardo Reale Ferrari entende o instituto como uma providência do poder político que visa impedir o indivíduo que tenha cometido um ilícito típico, e se revele perigoso, volte a reincidir na infração. Acredita que o agente, nessa situação, necessita de um tratamento adequado para sua reintegração social.⁴⁰

Diante da exposição acima, observa-se importantes características da medida de segurança: possui caráter preventivo/curativo e configura uma sanção penal, além de só poder ser imposta pelo Estado, na pessoa do juiz.

Por outro lado, a doutrina minoritária não descreve o aspecto de sanção penal às medidas de segurança. Afirma que o instituto possui apenas o caráter curativo, já que se trata apenas de uma medida de tratamento.⁴¹ Nesse sentido é válido transcrever o a definição do importante jurista Zaffaroni:

Não se pode considerar penal um tratamento médico e nem mesmo a custódia psiquiátrica. Sua natureza nada tem a ver com a pena, que desta se difere por seus objetivos e meios. Mas as leis penais impõem um controle formalmente penal, e limitam as possibilidades de liberdade da pessoa, impondo seu cumprimento, nas condições previamente fixadas que elas estabelecem, e cuja execução deve ser submetida aos juízes penais.⁴²

Aumentando o número dos que compõe a corrente minoritária, Giuseppe Bettiol possui entendimento bastante interessante. Afirma existir um contraste intransponível entre a pena como sanção e a medida como providência profilática. Para ele a sanção encontra-se ligada à transgressão de um preceito, à violação de uma obrigação, requerendo o ilícito. Por outro lado a medida, embora seja aplicada por ocasião de um crime, não encontra neste uma relação de razão suficiente, pois observa além do crime tendo por objeto uma

³⁹ CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal**: parte geral. 8ª.ed. São Paulo: Saraiva, 2005, v.1, p. 407.

⁴⁰ FERRARI, Eduardo Reale. Op. cit., p. 15.

⁴¹ TOLEDO, Francisco de Assis. **Princípios básicos de direito penal**. 5ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2000, p. 41.

⁴² ZAFFARONI, Eugenio Raúl. PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**: parte geral. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008, v.1, p. 731.

qualidade da pessoa, seu modo de ser. Assim, mesmo sendo aplicada por ocasião de um crime, não deve ser considerada como resposta direta a este.⁴³

Assim, a doutrina minoritária não atribui à medida de segurança a característica de sanção penal, pois afirma apenas o seu caráter curativo, já que se trata de uma medida de tratamento.⁴⁴

No tocante à natureza jurídica, existem discussões se a medida de segurança teria caráter jurídico-penal ou apenas administrativo.⁴⁵

Interessante o argumento de José Frederico Marques ao afirmar que nem a pena e nem a medida de segurança tem natureza de ato jurisdicional, embora sejam jurisdicionalmente aplicadas. Para ele, ambas encontram-se na atividade administrativa do Estado que, por ser uma coação indireta, necessita que seja feito um prévio controle jurisdicional.⁴⁶

Esse entendimento não é o da doutrina majoritária, que caminha no sentido de ter a medida natureza jurídico penal, tendo em vista possuir atos vinculados à autoridade judiciária. Assim, deve ser considerada como gênero sanção penal, figurando como espécie ao lado da pena.⁴⁷

Aníbal Bruno possui esse entendimento, justificando-o de forma concreta, mesmo antes da importante reforma do Código Penal Brasileiro ocorrida em 1984:

Seriam as medidas de segurança medidas administrativas de polícia. Mas não é a polícia que as aplica, não são as leis administrativas que as prescrevem, não são as obras de direito administrativo, em geral, que delas tratam. São os códigos penais que as disciplinam, são as obras de direito penal que as estudam, são os juízes criminais que julgam de sua oportunidade, que as aplicam, que vigiam a sua execução, que as suspendem ou revogam.

[...] A afirmativa de que as medidas de segurança não são de ordem criminal, mas de índole administrativa decorre do pressuposto, hoje insustentável, de

⁴³ BETTIOL, Guiseppe. **Direito penal**. Campinas: Red Livros, 2000, p. 758

⁴⁴ TOLEDO, Francisco de Assis. **Princípios básicos de direito penal**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2000, p. 41.

⁴⁵ ANDRADE, Haroldo da Costa. **Das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004, p.11.

⁴⁶ MARQUES, José Frederico. **Tratado de direito penal**. Campinas: Millennium, 2002, v.3, p.216.

⁴⁷ PRADO, Luiz Régis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: parte geral. 7ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007, p. 704.

que a órbita do direito penal se restringe ao simples domínio da culpa e da pena.

[...] Em suma, nem formal nem substancialmente as medidas de segurança são hoje simples medidas administrativas, estranhas do direito penal.⁴⁸

Adentrando nas vias da finalidade da medida de segurança, entende-se haver uma preocupação com a prevenção, sendo este seu objetivo. Sua justificativa se encontra no indivíduo que apresente o estado considerado perigoso, visando, assim, evitar uma infração futura.⁴⁹ De forma sucinta, pode-se dizer que a finalidade da medida de segurança é impedir que indivíduo inimputável ou semi-imputável volte a reincidir no cometimento de novos delitos.⁵⁰

1.3 Inimputabilidade e a imposição da Medida de Segurança

Ser imputável é possuir a plena capacidade de entender e de querer, e assim ser responsável criminalmente, ou seja, o imputável responde pelos seus atos.⁵¹

De forma diversa se entende os inimputáveis, como enuncia o art. 26 e o parágrafo único do Código Penal Brasileiro:

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.

Redução de pena

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.⁵²

⁴⁸ BRUNO, Aníbal. **Perigosidade Criminal e Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: Rio. 1977, p. 178.

⁴⁹ ANDRADE, Aroldo da Costa. **Das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004, p. 10.

⁵⁰ PRADO, Luiz Régis. **Curso de direito penal brasileiro**: parte geral. 3ª. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002, p. 600.

⁵¹ PRADO, Luiz Régis. **Curso de direito penal brasileiro**: parte geral. v.1, 7ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007, p. 434.

⁵² Brasil. Decreto Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del2848compilado.htm>> Acesso em 10 nov 2010.

Assim, o inimputável não sofre juízo de culpabilidade, sendo-lhe atribuída uma periculosidade que pode ser real ou presumida.⁵³

Importante salientar que nos casos de inimputabilidade a periculosidade é presumida e sua presença é condição *sine qua non* para a aplicação da medida de segurança, ante o laudo que aponte a perturbação mental. Já para os semi imputáveis a periculosidade é real e pode ser constatada pelo juiz, e ainda que o laudo traga como diagnóstico a falta de higidez mental, essa ausência deverá ser investigada no caso concreto para que se possa definir se é caso de pena ou de medida de segurança.⁵⁴

No entendimento do conceituado criminologista Roque de Brito Alves, não basta a existência da anomalia mental para que o agente seja de imediato isento de pena, uma vez que o Código Penal adotou o sistema misto ou biopsicológico. Assim, para o reconhecimento da inimputabilidade do agente como uma dirimente penal é indispensável três condições: i) uma anormalidade mental; ii) a presença dessa anormalidade no momento da infração penal; iii) e que esse fator patológico tenha eliminado o entendimento ético jurídico do agente e sua autodeterminação.⁵⁵

Para a psiquiatria forense a capacidade de imputação jurídica depende da razão e do livre arbítrio do agente. Essa capacidade pode ser: a) total, em que o agente entendia totalmente o aspecto criminoso do fato – no caso o imputável; b) parcial, onde o agente na época do delito era capaz de entender parcialmente o aspecto criminoso do fato – nesse caso os semi imputáveis; c) nula, aqui o agente era, na época do fato, incapaz de entender o aspecto criminoso ou de determinar-se de acordo com esse entendimento – tem-se aqui os inimputáveis, isentos de pena segundo o Código Penal Brasileiro.⁵⁶

Guido Palomba elaborou um esquema estático de imputabilidade penal, que serve apenas para orientar o profissional quanto à verificação do grau de imputabilidade do ato. Neste esquema, esclarece com exemplos os tipos de doença mental que caracteriza a inimputabilidade, a semi imputabilidade, bem como a imputabilidade. Segundo o esquema, os

⁵³ NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal**: parte geral: parte especial. 4ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008, p. 545.

⁵⁴ CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal**: parte geral. São Paulo: Saraíva, 2005, v. 1, p. 408.

⁵⁵ ALVES, Roque de Brito. **Cíume e crime. Crime e loucura**. Rio de Janeiro: Forense, 2001, p.113 e 114.

⁵⁶ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense**: civil e penal. São Paulo: Atheneu, 2003, p.197 e 198.

considerados inimputáveis seriam os portadores de doença mental, desenvolvimento mental incompleto e desenvolvimento mental retardado. Para o especialista, a doença mental subdivide-se em demências (demência senil, por traumatismo de crânio, alzheimer, etc); psicoses (psicose epilética, puerperal ou maníaco depressiva, além da esquizofrenia e outros); alcoolismo crônico grave e toxicomania grave. Inclui também o desenvolvimento mental incompleto (menor de idade, silvícola não aculturado e surdo mudo de nascença) e o desenvolvimento mental retardado (idiotia, imbecilidade).

Para a caracterização dos semi imputáveis, seriam observados os portadores de desenvolvimento mental retardado, abarcando aqui a debilidade mental e a perturbação da saúde mental (neurose grave, condutopatia, toxicomania moderada e alcoolismo crônico moderado).⁵⁷

Dessa forma, ante o indício de dúvida sobre a capacidade de entendimento (razão) e autodeterminação (livre-arbítrio) do agente que cometeu um ilícito, bem como a complexidade que é se chegar a uma conclusão mais próxima do real, o juiz nomeia um perito para que a seja feito um laudo sobre o indivíduo e assim possa lhe ser imposta a sanção penal adequada: pena ou medida de segurança.

1.4 Espécies e formas de aplicação da Medida de Segurança

O pressuposto para a aplicação da medida de segurança é a periculosidade do agente, que segundo o nosso Código Penal é tida como presumida ante o cometimento de um ilícito típico por um agente considerado inimputável. Atendidos a esses dois pressupostos: ilícito típico e inimputabilidade, o indivíduo é considerado necessariamente perigoso.⁵⁸ Vale salientar que a periculosidade, dentro desse contexto é tida como a potencialidade do agente para cometer novas infrações penais, tendo em vista que é portador de doença mental.⁵⁹

Segundo o art. 96 do atual Código Penal, as medidas de segurança são: internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à sua falta, em outro

⁵⁷ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense: civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003, p. 200 e 202..

⁵⁸ TELES, Ney Moura. **Direito Penal**. 2ª ed. São Paulo: Atlas S. A, 2006. p.469

⁵⁹ MARQUES, José Fredereico. **Tratado de direito penal**. Campinas: Millenniumm, 2002, v. 3, p. 83.

estabelecimento que seja adequado; e sujeição do indivíduo a tratamento ambulatorial.⁶⁰ Classifica-se a primeira como detentiva e a segunda como restritiva e ambas possuem o mesmo objetivo, qual seja, que o sentenciado seja curado da enfermidade que porta.⁶¹

O critério para a aplicação da internação ou do tratamento ambulatorial se baseia no crime cometido: se o crime for punível com detenção, o juiz poderá submetê-lo a tratamento ambulatorial, sendo, todavia, o crime punível com reclusão, o agente deverá ser internado.⁶² **Ao meu ver trata-se de um critério extremamente frágil, pois não leva em consideração o tipo de enfermidade do agente, tendo apenas um critério objetivo, que generaliza todos os indivíduos portadores de transtornos mentais segundo o delito cometido, não os individualizando segundo as peculiaridade da doença que é acometido.**

A Lei de Execuções Penais estabelece que o indivíduo submetido à medida de segurança passe por exames psiquiátrico, criminológico e de personalidade, deixando claro que sua execução só será iniciada após o trânsito em julgado da sentença penal que o considerou inimputável, sendo necessária a expedição da guia de execução.⁶³

É estabelecido, ainda, que tanto a internação como o tratamento ambulatorial será por prazo indeterminado, devendo durar enquanto não for comprovada, ante a realização de perícia médica, a cessação da periculosidade. É ainda estabelecido que o prazo mínimo da aplicação da medida será de 1 a 3 anos, e que a primeira perícia médica a fim de constatar se cessou ou não o estado de periculosidade será realizada no fim do prazo mínimo fixado pelo juiz ao agente.⁶⁴

Esse exame será repetido anualmente, ou a qualquer tempo, por determinação do juiz da execução, de ofício ou a requerimento do sujeito ou do Ministério Público. Se o exame conclui pela cessação da periculosidade, pela convicção de que o

⁶⁰ Brasil. Decreto Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del2848compilado.htm>> Acesso em 10 nov 2010.

⁶¹ FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de Direito Penal: Parte Geral**. 13. Ed. Rio de Janeiro: Forense. 1991, p. 390.

⁶² Brasil. Art. 97 do Decreto Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del2848compilado.htm>> Acesso em 10 nov 2010.

⁶³ Brasil. Artigos 8º e 9º c/c 100 e 174 art. 172 da Lei nº 7210, de 22 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L7210compilado.htm>> Acesso em 10 nov 2010.

⁶⁴ Brasil. Art. 97, § § 1º e 2º do Decreto Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del2848compilado.htm>> Acesso em 10 nov 2010.

sentenciado já não é perigoso, deverá o juiz proferir decisão determinando a desinternação – no caso de internamento – ou a liberação, em caso de tratamento ambulatorial⁶⁵. Ambos os casos se dão em caráter provisório, sendo aplicada ao beneficiário as condições próprias do livramento condicional – condições obrigatórias e facultativas - conforme o art. 178 da LEP . Dessa forma, pode-se falar em suspensão da medida de segurança e não em sua revogação, já que a condição anterior pode ser restabelecida caso o agente venha a praticar, no decurso de um ano, fato que demonstre a persistência da sua periculosidade.⁶⁶

Vale salientar que a prática de ato que indique a permanência da sua periculosidade não precisa ser necessariamente fato típico e antijurídico. Uma forma de manter este controle é através da folha de antecedentes do liberado.⁶⁷

De forma resumida, foram expostos os tipos de medidas de segurança e sua forma de aplicação.

⁶⁵ TELES, Ney Moura. **Direito Penal**. 2 ed. São Paulo: Atlas S. A, 2006. p.470.

⁶⁶ PRADO, Luiz Régis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: parte geral**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010, p. 638.

⁶⁷ NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal: parte geral: parte especial**. 4ª ed. São Paulo:Revista dos Tribunais, 2008, p.541.

2 DIREITO E SAÚDE MENTAL: A evolução do conceito de loucura

Os critérios usados para diagnosticar e classificar a loucura passaram por diversas mudanças. As concepções são próprias de cada cultura, como por exemplo, no período bíblico os povos atribuíam à origem dos transtornos mentais a uma força sobrenatural.

Da Grécia antiga, até os tempos pré socráticos, não havia uma concepção estruturada da natureza humana, haja vista que o homem ainda não se conhecia, não havia chegado ao “conhece-te a ti mesmo”. Por isso, eram atribuídas às forças e entidades conhecidas qualquer aberração ou distorção do comportamento do homem.⁶⁸

Interessante, na obra do poeta Homero, a concepção de loucura. Ele a via como um acidente de percurso, que não acarreta nenhum estigma e não há a necessidade de cura, já que não é vista como doença, mas apenas como uma transgressão de uma norma social explícita (ou tácita) ou mesmo uma simples desordem.⁶⁹

De Roma, veio uma inovação no tratamento dos doentes portadores de transtornos mentais, houve uma defesa da relação individual entre o médico e o paciente. De lá também surgiram leis que traziam diversas condições de insanidade e embriaguez, que se estivessem presentes no momento em que o doente praticasse algum ilícito, sua responsabilidade seria diminuída.

Na Idade Média, novas concepções começaram a surgir em virtude do pensamento religioso. Forças sobrenaturais, possessão da mente de um indivíduo por espíritos malignos, voltaram a ser a origem dos distúrbios mentais praticamente por todo este período, ou seja, houve um predomínio da doutrina que atribuía ao demônio à origem da loucura e esse pensamento persistiu por cerca de mil e quinhentos anos da era cristã. Muitos “endemoniados” foram queimados na fogueira com a Inquisição.^{70 71}

⁶⁸ PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. 2ª ed. Rio de Janeiro. 34, 1994, p. 13.

⁶⁹ Idem. Ibidem. p. 20.

⁷⁰ PALLOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense: civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003, p. 5.

⁷¹ Importante registrar que em um primeiro momento do embate da normalidade *versus* loucura, antes do período inquisitório, o homem praticou condutas atroztes contra os indivíduos que eram considerados possuídos pelo demônio. Essas condutas consistiram em escorraçar para fora da cidade os possuídos e até mesmo entregá-los a

Existiram, todavia, alguns homens que não estavam mergulhados nesse pensamento obscuro, como por exemplo, Uhnammad, árabe que no século. IX desenvolveu uma classificação para as doenças mentais e Isaac Judaeus (855-955), médico judeu egípcio que descreveu a melancolia como uma doença. Outro grande nome foi Avicena (980-1037), autor dos *Princípios da Medicina*, onde trazia capítulos sobre mania e melancolia.⁷²

Com o decorrer do tempo, idéias racionais iam sendo desenvolvidas e paulatinamente tomavam o lugar do misticismo. O marco divisório da normalidade x loucura foi o médico Johann Weyer (1515-1588), que se tornou médico particular do duque Cléves, que sofria de depressão crônica. Nessa época, os feiticeiros eram queimados na fogueira e o duque tinha diversos parentes que haviam ficado insanos e durante a insanidade manifestaram sintomas iguais aos dos considerados feiticeiros.

Este fato atiçou a curiosidade do jovem médico que buscou conhecer todos os casos de feitiçaria que foram devidamente notificados e após um minucioso levantamento de dados e a realização de entrevistas entre acusados e acusadores, começou a ir de encontro com as idéias daquele tempo. Seus estudos continuaram por mais doze anos até a publicação, em 1563, do *De praestigiis daemonum* (Da ilusão dos demônios), onde afirmava acreditar que as doenças que tinham sua origem atribuída à feitiçaria eram, na verdade, de origens naturais. A semente da razão foi plantada e se iniciou um novo período, a Renascença.⁷³

Ainda, pouco antes do período da Renascença, nasceu dentro da Igreja Católica o primeiro hospício, uma pensão de alienados mentais. Sua criação foi em 1409 na cidade de Valência, na Espanha, e teve como idealizador o frei Juan Gilbert Jofré com a aprovação do rei Martin. Ao hospício de Valência seguiu-se o de Saragoza (1425), Sevilha (1436) e Toledo (1483).⁷⁴

Com a Renascença surgiu o racionalismo e suas primeiras grandes manifestações foram dadas por Copérnico, Kepler e Galileu. A revolução copernicana retirou do homem sua posição de centro do universo. Foi nesse período que a loucura passou a ser

barqueiros para que estes os deixassem em terras ermas e distantes. PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense: civil e penal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, p.4.

⁷² PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense: civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003, p.5 e 6.

⁷³ Ibidem. p.6.

⁷⁴ Ibidem. p. 7.

vista de forma relativa à razão, ou seja, ambas se identificam e uma recusa a outra e há um isolamento mútuo.⁷⁵

O resultado da conclusão acima é que a loucura só existe porque existe a razão, e se o indivíduo não possui esta última é considerado louco e deve ser isolado dos indivíduos tidos como normais. Houve a fundação das *Casas de Internação*.⁷⁶

O grande problema da conclusão encontrada foi que o indivíduo, que deixou de ser visto como um possuído pelo demônio, não passou a ser entendido como um doente, mas sim como um devasso, como alguém que não servia para nada. Diante da sua “inutilidade” passou a ser acorrentado e trancafiado nas *Casas de Internação* junto com as prostitutas, os doentes venéreos e os criminosos comuns. Assim, o louco passou de endemoniado para degenerado e por isso foi-lhe imposto o trabalho forçado para combater a suposta preguiça que possuía por ser um decaído.⁷⁷

Outro marco desse período foi a conclusão de que os loucos, por serem incapazes de seguir regras coletivas, não serviam para o trabalho. Foi quando, no século XVIII, houve a criação de um tratamento especial só para eles através dos famosos aparelhos de coação – a “jaula de vime”, onde o louco era preso dentro e apenas sua cabeça ficava de fora; e o “armário”, nele o louco era trancado em pé.⁷⁸

Houve uma proliferação das Casas de Internamento e paulatinamente a loucura foi sendo medicalizada, passando a ser entidade médica. Concepções psicológicas imparciais foram surgindo e o movimento de idéias científicas e filosóficas do século XVII se estenderam pelo século seguinte que lhe valeu o nome de Século Iluminado. De uma forma geral as doenças passaram a ser descritas com uma precisão maior.⁷⁹

O filósofo francês Michel Foucault teve fundamental importância no estudo da loucura. Eis suas palavras em uma célebre constatação:

⁷⁵ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense: civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003, p.8.

⁷⁶ Ibidem. p.8.

⁷⁷ Ibidem. p. 8.

⁷⁸ Ibidem. p. 8.

⁷⁹ Ibidem. p. 9

A loucura não pode ser encontrada no estado selvagem. A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam. Assim, podemos dizer que na Idade Médica, e depois do Renascimento, a loucura está presente no horizonte social como um fato estético ou cotidiano; depois, no século XVII – a partir da internação -, a loucura atravessa um período de silêncio, de exclusão.⁸⁰

Em 1793, em Paris, o médico Philippe Pinel assumiu do Bicêtre, hospício localizado em Pari. O local mais parecia um depósito de horror e temor e Pinel introduziu a função médica esculapiana, libertando os loucos de suas correntes. Foi introduzida, aos poucos, a compreensão que não existia e as Casas de Internação foram virando hospícios.⁸¹

No final do século XVIII a essência da loucura passa a ser explicada como algum desarranjo de funções psíquicas ou mentais, mesmo que seja causado por fatores orgânicos. Esse princípio só se tornou uma teoria médica na obra de Pinel.⁸²

Outras mudanças importantíssimas introduzidas por Pinel foi a redefinição das funções do manicômio e a alteração do conceito de loucura que deixou de ser uma condição estática, imutável, passando a ser passível de correções pela intervenção terapêutica. Dentro desse contexto, a instituição asilar passaria a ser o ambiente que visava restituir o equilíbrio rompido pela doença, sendo parte essencial do tratamento e não mais o lugar que se enclausura ou se abriga o louco.⁸³

Pinel acreditava ser fundamental uma ampla observação dos portadores de transtornos mentais, bem como a descrição das peculiaridades de cada caso. Os registros deveriam ser feitos de forma fiel ao que foi observado no comportamento, assim os sintomas das lesões, as manifestações verbais, comportamentais ou gestuais da alienação seriam descritas de forma minuciosa.⁸⁴

O século XIX foi tido por Pessotti como o “século dos manicômios”, isso porque foi o período que se teve o maior número de hospitais destinados aos alienados, haja vista que a terapêutica da loucura era vinculada à internação e existia, também, nesse período

⁸⁰FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, p. 163.

⁸¹PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense: civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003, p. 11.

⁸²PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: ed. 34, 1996, p. 67 e 73.

⁸³Ibidem. p. 67.

⁸⁴Ibidem. p. 73 a 75.

uma variedade de diagnósticos dados à loucura para justificar a internação. O resultado não foi outro: um volume de pessoas internadas nos hospícios.⁸⁵

Surgiu na França, por volta de 1860, um movimento pela diminuição de pacientes internados. Deveriam permanecer internados apenas os pacientes mais perigosos. Esse movimento contou com o apoio da imprensa, de instituições civis, das sociedades científicas e da administração pública. Os principais pontos fortes do movimento eram a idéia de que o contato dos internados com a sociedade (vida normal) poderia trazer a cura para muitos doentes e a necessidade urgente da redução do número de internados, pois os manicômios encontravam-se superlotados e dessa forma o tratamento dispensado não se mostrava conveniente. Outra razão era que o crescimento do número de pacientes hospitalizados aumentava consideravelmente os gastos públicos.⁸⁶ O movimento encontrou inúmeros obstáculos, principalmente porque os manicômios ainda eram o principal meio de tratamento da loucura.⁸⁷

Nas últimas décadas do século XIX, momento em que a ciência começava a entender como o comportamento e a mente humana podiam ser mapeados nas estruturas anatômicas do cérebro, surge a psicocirurgia a partir de experiência de um médico alemão – Friederich Golz – em cães. O citado médico relatou que quando os lobos temporais eram removidos os cães ficavam mais dóceis e tal técnica ficou conhecida como lobotomia. Isso ocorreu no ano de 1890 e em 1892 o médico Gottlieb Burkhardt, diretor de um asilo mental na Suíça, foi inspirado a operar seis de seus pacientes esquizofrênicos que sofriam de alucinações e por isso era muito agitados. Como resultado, alguns pacientes ficaram mais calmos e dois deles morreram. Não foi possível, porém atribuir o resultado da calma dos pacientes à operação. Houveram muitas críticas e por isso psicocirurgias desse tipo raramente foram realizadas nos 40 anos seguintes.⁸⁸

Ega Moniz, em Lisboa, aprimorou a lobotomia e a recomendava em casos extremos e isso lhe valeu o Premio Nobel de Medicina e Filosofia em 1949. Porém a técnica foi amplamente utilizada nos EUA na década de 40 devido ao grande número de casos

⁸⁵ PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. 1ª ed. São Paulo. 34, 1996, p. 09.

⁸⁶ Ibidem. p.179.

⁸⁷ Ibidem. p. 190.

⁸⁸ **A história da lobotomia**. Disponível em:<http://www.cerebromente.org.br/n02/historia/lobotomy_p.htm> Acesso em 18 mar 2011.

psiquiátricos trazidos da II Guerra Mundial. Só lá foram realizadas mais de 18.000 lobotomias e diversas outras foram realizadas em diferentes países. Atualmente a operação original de lombotomia não é mais realizada, embora alguns países – Japão, Austrália, Suécia e Índia - admitam a psicocirurgia em casos de controle de radical do comportamento patológico.⁸⁹

Outro tratamento descoberto em 1937 são os eletrochoques. Houve muita resistência ao uso dos eletrochoques, principalmente porque no início os pacientes que eram submetidos a esse tratamento não eram anestesiados e nem feito o relaxamento muscular adequado. Por isso, os doentes se debatiam e chegavam a fraturar ossos, além de vomitarem, engolirem secreções e às vezes, morrerem sufocados. Outro agravante foi que os equipamentos, principalmente os de hospitais públicos, eram mal regulados o que tornava os choques excessivos ou ineficazes. Dessa forma o tratamento era associado à violência e ao medo.⁹⁰

Nas décadas de 60 e 70, com a descoberta de importantes neuropléticos essa terapia ficou em desuso.⁹¹ Atualmente ela se encontra em uso, com resistência de alguns psiquiatras. Hoje os eletrochoques são aplicados em ambientes hospitalares, os pacientes são devidamente anestesiados e assistidos por um psiquiatra, um anestesista e um enfermeiro.⁹²

Diversos sistemas foram implantados nas últimas décadas do século XIX e o que foi mudado do final deste século para o início do século XX foi o enfoque doutrinário e a escolha dos métodos de tratamentos destinados aos alienados. Essa nova visão acompanhou o revigoramento da concepção organicista da loucura.⁹³

Observa-se que ao longo dos séculos as doenças mentais ou a alienação são tidas apenas como uma espécie secundária no gênero amplo das doenças. Apenas no século XIX a psiquiatria veio a ser instituída como especialidade clínica e como área específica do

⁸⁹ **A história da lobotomia.** Disponível em:<http://www.cerebromente.org.br/n02/historia/lobotomy_p.htm > Acesso em 18 mar 2011.

⁹⁰ **Eletrochoque.** Disponível em:< <http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-21/questoes-mentais/eletrochoque.>> Acesso em 18 mar 2011.

⁹¹ **A história da terapia por choque na psiquiatria.** Disponível em:<<http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/shock.htm#cerletti>>. Acesso em 18 mar 2011.

⁹² **Eletrochoque.** Disponível em: < <http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-21/questoes-mentais/eletrochoque>> Acesso em : 18 mar 2011.

⁹³ PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios.** 1ª ed. São Paulo. 34, 1996, p. 190.

saber médico. Antes de 1800 é difícilimo que alguma obra tenha como enfoque as doenças mentais.⁹⁴

2.1 A história da psiquiatria no Brasil

No período colonial não foi verificado qualquer espécie de atenção às doenças mentais. A população contava, para os outros tipos de enfermidades, com variados profissionais, desde os curandeiros até cirurgiões formados em escolas da Europa.⁹⁵

As Santas Casas das Irmandades de Misericórdia eram responsáveis pelo atendimento hospitalar. Nesse período, o doente mental não tinha espaço para ser tratado nessas casas.⁹⁶

O Estado só veio a intervir na loucura a partir da chegada da Família Real ao Brasil, no início do século XIX. Um controle social eficiente se fazia necessário, tendo em vista as mudanças sociais e econômicas do período seguinte. Havia a necessidade de se ordenar o crescimento das cidades e das populações, a medicina foi então convidada a participar do reordenamento do espaço urbano e assim desenhou o projeto do qual emergiu a psiquiatria brasileira.⁹⁷ Não restam dúvidas que o hospício foi um instrumento de controle social em uma sociedade que estava em transformação, transformação essa que gerou conflitos e contradições localizados no espaço de luta das relações capital-trabalho.⁹⁸

Nesse período, os loucos eram encontrados em todas as partes: nas ruas, nas prisões, nos asilos de mendigos e ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Foi quando em 1830 uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizou um diagnóstico da situação dos loucos da cidade e a partir de então eles foram considerados doentes mentais que mereciam de um espaço social próprio para reclusão e tratamento. Dessa forma começou a ser escrito o destino da psiquiatria brasileira.⁹⁹

⁹⁴ PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. 1ª ed. São Paulo. 1996, p. 17.

⁹⁵ RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo. Arte & Ciência, 1999, p. 16.

⁹⁶ Idem. Ibidem. p. 17.

⁹⁷ AMARANTE, Paulo (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1994, p.72

⁹⁸ FIGUEIREDO, Gabriel. **O príncipe e os insanos**. São Paulo. Cortez, 1998, p. 119.

⁹⁹ Ibidem. p. 74 e 75.

Os médicos, em sua maioria higienistas, pediram a construção de um hospício para alienados, além de outras medidas de higiene pública e por meio dos jornais, criticavam a maneira como os loucos eram abandonados a sua sorte e o tratamento que recebiam nas Santas Casas de Misericórdia: celas insalubres e castigos corporais, sem assistência médica e entregues a guardas e carcereiros, onde eram reprimidos por contenção em troncos ou espancamentos o que os levavam à morte, ocasionada por maus tratos, desnutrição e doenças infecciosas. Diante desse quadro, os médicos demonstravam a necessidade de um asilo que fosse arejado e higiênico, para que os loucos recebessem tratamento segundo os princípios do tratamento moral, ou seja, fossem qualificados como doentes mentais e tratados por meio de medicamentos.^{100 101}

Observa-se a criação, no Brasil, do modelo de uma instituição tida como total. O seu fechamento representava uma barreira à relação social com o mundo externo, havendo inclusive proibições à saída que podem até serem incluídas no esquema físico – paredes altas, portas fechadas etc. Esse tipo de instituição caracteriza-se pela reunião de um determinado grupo de pessoas em situação semelhante, separados da sociedade por considerável período de tempo.¹⁰²

Diante desse quadro, em 1852 foi inaugurado no Rio de Janeiro, pelo próprio imperador D. Pedro II, um hospício que recebeu seu nome. Sua capacidade era para 350 pacientes e deveria receber pessoas de todo o império. Logo ao ser aberto, já abrigava 144 doentes e em pouco mais de um ano atingiu sua lotação completa. A direção do hospital permaneceu subordinada à Santa Casa de Misericórdia, não havendo um médico como responsável.¹⁰³

O Hospício D. Pedro II se localizava na Praia Vermelha, hoje um bairro de classe média, um lugar remoto e longe do centro da cidade do Rio de Janeiro. A alegação de

¹⁰⁰ COSTA, Jurandir Freire. **A história da psiquiatria no Brasil**. 3ª ed. Rio de Janeiro. Campus LTDA, 1980, p.21e 22.

¹⁰¹ TUNDIS, Silvério Almeida. COSTA, Nilson do Rosário (organizadores). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7ª ed. Rio de Janeiro. Vozes, 2001, p. 35.

¹⁰² GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. [tradução Dante Moreira Leite]. São Paulo. Perspectiva S. A. 2007, p. 11 e 16.

¹⁰³ TUNDIS, Silvério Almeida. COSTA, Nilson do Rosário (organizadores). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7ª ed. Rio de Janeiro. Vozes, 2001, p. 37.

que os doentes mentais necessitavam de calma, tranqüilidade e espaço foi o viés utilizado para isolar os hospícios em sítios afastados por pelo menos cem anos.¹⁰⁴

Várias instituições foram criadas na década seguinte ao longo do país, como São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará. A urgência era tamanha que em muitos lugares não se esperava por hospitais definitivos e instalações provisórias – um meio caminho entre os porões das Santas Casas e as celas das prisões e a solução final – eram utilizadas.¹⁰⁵

O tratamento dados aos doentes mentais no Hospício D. Pedro II foi alvo de denúncias, pois da mesma forma que ocorreu no período anterior, os pacientes eram vítimas de maus tratos, imundice, superlotação, baixa qualificação e truculência dos atendentes, falta de assistência médica, uso de camisola a de força e até mesmo assassinatos. Esse quadro não permaneceu apenas no Rio de Janeiro, em Olinda o índice de mortalidade ultrapassou os 50% da população internada.¹⁰⁶

Em 1881 houve a criação da cadeira de “Doenças Nervosas e Mentais” e um médico generalista, Nuno de Andrade, assumiu a direção do Hospício D. Pedro II. No entanto, apenas em 1886 é que um médico psiquiatra ocupou a direção do Hospital, no caso Teixeira Bandão. Foi nesse momento que se iniciou o ensino regular de Psiquiatria aos médicos generalistas.¹⁰⁷ Bandão defendia idéias quanto à atenção e ao amparo a doentes mentais, chamando a atenção para a criação de leis que garantissem um tratamento diferenciado a esses pacientes.¹⁰⁸

Após a instauração da República o então hospital foi separado da administração da Santa Casa e colocado sob a tutela do Estado, passando a chamar-se Hospital Nacional dos Alienados. Iniciou-se a degradação da assistência psiquiátrica (1890), tendo em vista a imposição, por parte do governo de Campos Sales, de drásticas reduções orçamentárias.¹⁰⁹

¹⁰⁴ TUNDIS, Silvério Almeida. COSTA, Nilson do Rosário (organizadores). Op. cit., p. 38.

¹⁰⁵ TUNDIS, Silvério Almeida. COSTA, Nilson do Rosário (organizadores). Op. cit., p. 38.

¹⁰⁶ TUNDIS, Silvério Almeida. COSTA, Nilson do Rosário (organizadores). Op. cit., p.39.

¹⁰⁷ COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**. 3ª ed. Rio de Janeiro. Campus LTDA. 1980, p. 22.

¹⁰⁸ MARÇAL, Paulo Rennes Ribeiro. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999, p. 23 e 24.

¹⁰⁹ COSTA, Jurandir Freire. Op. Cit. p. 22.

Houve um inquérito, em 1902, onde o Hospital Nacional foi revelado como uma casa de detenção de loucos, sem o menor tratamento conveniente e sem nenhuma fiscalização. Assim, Juliano Moreira passou a ser o novo diretor do Hospital Psiquiátrico Nacional e a psiquiatria ganhou novo ímpeto. Foi um grande influenciador, em 1903, da primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados.¹¹⁰

Moreira proporcionou ao Hospital Nacional dos Alienados reformas e ampliações e por 30 anos foi o mestre orientador da psiquiatria brasileira. Graças à sua influência pessoal, diversos trabalhos importantes em torno de assuntos psiquiátricos surgiram.¹¹¹

A psiquiatria se tornou, em 1912, especialidade médica autônoma e a partir desta data até 1920 houve um aumento considerável do número de instituições destinadas aos doentes mentais. Foram inauguradas, neste período, a Colônia do Engenho de Dentro, a Colônia de Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário.¹¹²

Com o objetivo de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros de profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos foi fundada em 1923, no Rio de Janeiro, pelo psiquiatra Gustavo Riedel a Liga Brasileira de higiene Mental (LBHM).¹¹³

Riedel foi um dos pioneiros da Psiquiatria brasileira e desde o início da sua carreira se dedicava à reforma da assistência psiquiátrica. Antes de criar a LBHM, havia criado um ambulatório de profilaxia das doenças mentais, anexo à Colônia do Engenho de Dentro, de que foi diretor. Organizou também um serviço aberto para psicopatas que consistia em um laboratório de Psicologia e uma escola de enfermagem que formava as monitoras de higiene mental.¹¹⁴

A partir de 1926 começou a haver um desvio nos programas de higiene mental propostos por Riedel à LBHM. Os psiquiatras começaram a elaborar projetos que visavam à prevenção, à eugenia e à educação dos indivíduos doentes mentais, pois

¹¹⁰ COSTA, Jurandir Freire. Op. cit., p. 22.

¹¹¹ MARÇAL, Paulo Rennes Ribeiro. Op. cit. p. 24.

¹¹² COSTA, Jurandir Freire. Op. cit., p. 23.

¹¹³ Ibidem. p. 27.

¹¹⁴ COSTA, Jurandir Freire. Op. Cit., p. 27.

acreditavam que somente as reformas dos serviços psiquiátricos e o aperfeiçoamento profissional dos psiquiatras, enfermeiros e monitores de higiene mental eram insuficientes, se antes não houvesse um sistema de ensino ao indivíduo que visasse adquirir e preservar sua saúde mental.¹¹⁵

Surgiu a prática da prevenção à doença mental, onde a ação terapêutica deveria ser exercida antes do aparecimento dos sinais clínicos, no período considerado pré-patológico. Assim o alvo dos psiquiatras passa a ser o indivíduo normal e não o doente, já que o interesse era a prevenção e não a cura da doença mental. Como consequência a LBHM reformulou seus primeiros estatutos e deu lugar à intervenção preventiva dos psiquiatras nos meios escolar, profissional e social. Dessa forma houve um deslocamento desses profissionais da prática tradicional para uma penetração no domínio cultural, que até então estava fora dos seus limites.¹¹⁶

No período compreendido entre 1928 e 1934 os psiquiatras foram se definindo como higienistas e em paralelo a higiene mental aparece como a teoria geral que contem e orienta a prática psiquiátrica. Houve um acentuado distanciamento da teoria e prática. A LBHM justificava sua nova prática na eugenia, já que graças a ela as fronteiras da psiquiatria foram dilatadas e por isso foi possível abranger o terreno social.¹¹⁷

Apenas a título de esclarecimento, transcrevo o conceito de eugenia:

[...] termo inventado pelo fisiologista inglês Galton para designar “o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente.”¹¹⁸

A eugenia ajudou a solucionar graves problemas ideológicos que o regime republicano atravessou nas duas primeiras décadas do século XX como: a abolição da escravatura, a imigração européia, a migração de camponeses e antigos escravos para as cidades. Como os efeitos econômicos da industrialização que nascia agravava as tensões

¹¹⁵ COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus LTDA. 1980, p. 28.

¹¹⁶ Ibidem. p. 28 e 29.

¹¹⁷ Ibidem. p. 28 e 29.

¹¹⁸ Ibidem. p.30.

sociais a elite dirigente buscava justificar o regime por todos os meios. Infelizmente as justificativas apenas desrespeitavam os ideais democráticos que inspiraram à República.¹¹⁹

A LBHM, inicialmente, restringia a eugenia à prevenção de doenças mentais e por isso buscou incorporar a questão racial aos programas de higiene mental, colocando o cuidado com a raça em primeiro plano e assim buscando justificar outras atitudes culturais para com a sociedade e a cultura brasileira em geral.¹²⁰

Em 1931, psiquiatra Renato Kehl fundou a Comissão Central Brasileira de Eugenia, se tornando seu primeiro presidente. O objetivo da Comissão era “... manter no país o interesse pelos estudos das questões de hereditariedade e eugenia...”.¹²¹

Ainda neste ano, ocorreu o Primeiro Congresso Internacional de Higiene Mental, momento em que os psiquiatras alemães expuseram suas idéias em relação ao tema. Rduin, representante do grupo da clínica psiquiátrica de Munique, defendia que a higiene mental, na prática, não estava limitada à psiquiatria, mas sim englobava toda uma questão social que deveria ser prevenida através da eugenia. Para ele o médico responsável pela assistência aos doentes mentais deveria ser eugenista antes de ser psiquiatra, já que a preocupação maior deveria ser a saúde da raça e não a do indivíduo.¹²²

Como resultado do congresso, a LBHM incluiu em suas propostas a eugenia e a questão social, devendo àquela ser considerada higiene social da raça e a higiene mental entendida como uma aplicação dos princípios à vida social.¹²³

Outro grande avanço do Brasil em relação aos doentes mentais foi, em 1934, a promulgação da segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, o Decreto nº 24.559 de 3 de julho, que dispunha sobre a profilaxia mental, assistência e proteção à pessoa dos psicopatas e fiscalização dos serviços psiquiátricos.¹²⁴

¹¹⁹ COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus LTDA. 1980, p. 31.

¹²⁰ Ibidem. p. 33 a 35.

¹²¹ Ibidem. p. 39.

¹²² Ibidem. p.40 e 41.

¹²³ Ibidem. p.41.

¹²⁴ Ibidem. p. 23.

Mesmo com todos esses “avanços”, principalmente a criação de instituições destinadas à internação dos doentes mentais, o tratamento que lhes era dispensado ainda trazia muitos resquícios do período anterior, demonstrando que o objetivo maior era de afastar os doentes da sociedade.¹²⁵

A Psicologia começou a ser definida como disciplina científica, o que reforçou o ponto de vista interdisciplinar da Saúde Mental.¹²⁶

Assim, questionando o tratamento dispensado aos doentes mentais, inicia-se no Brasil o Movimento Antimanicomial, conhecido também como Luta Antimanicomial. Tal movimento busca a transformação dos serviços psiquiátricos.¹²⁷

2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Antes de adentrar no movimento especificamente no Brasil, é importante salientar, a nível internacional, a significativa contribuição de Franco Basaglia, médico psiquiatra italiano tido como grande precursor da Reforma Psiquiátrica.¹²⁸

Após a II Guerra Mundial, Basaglia assume o Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, onde iniciou mudanças significativas com o objetivo de transformá-lo em uma unidade terapêutica. Como primeira providencia procurou melhorar as condições de hospedagem e o cuidado técnico aos internos.¹²⁹

Segundo Basaglia, a cultura tradicional médica apenas transformava o indivíduo e seu corpo em objetos de intervenção clínica e ao centrar o tratamento no princípio do isolamento do louco formava a visão da sociedade em torno da doença mental. Diante desse quadro não seria suficiente uma simples humanização no hospital, mas sim

¹²⁵ RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999, p. 20 e 21.

¹²⁶ RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. Op. cit., p. 29.

¹²⁷ **Movimento Antimanicomial**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Movimento_antimanicomial> Acesso em: 21 mar 2011.

¹²⁸ **Quem foi Franco Basaglia**. Disponível em: <http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.php> Acesso em: 21 mar 2011.

¹²⁹ **Quem foi Franco Basaglia**. Disponível em: <http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.php> Acesso em: 21 mar 2011.

transformações profundas no modelo de assistência dada aos doentes e nas relações entre a sociedade e a loucura.¹³⁰

O médico formulou a negação da psiquiatria após a leitura do livro “História da loucura na Idade Clássica” do filósofo Michel Foucault. Seu objetivo não era acabar com psiquiatria, mas acreditava que apenas a psiquiatria não seria capaz de dar conta da loucura ante toda sua complexidade.¹³¹

Basaglia assumiu o Hospital Provincial da cidade de Trieste em 1970 e corajosamente iniciou o processo para que aquela unidade fosse fechada. Naquele hospital promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, onde havia serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas para os loucos. Diante de tantas mudanças significativas a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o modelo como referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde e em 1976 o hospital de Trieste foi oficialmente fechado e a assistência em saúde mental passou a ser prestada na rede territorial montada por Basaglia.¹³²

Sua contribuição foi mais além, diante das ações e debates que Basaglia deu início, no ano de 1978 foi aprovada na Itália a Lei 180 ou Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana conhecida popularmente como “Lei Basaglia”.¹³³

Franco Basaglia esteve algumas vezes no Brasil onde realizou seminários e conferências e de forma significativa suas idéias foram influenciadoras do movimento pela Reforma Psiquiátrica no país.¹³⁴

Dentro do contexto brasileiro, a partir do surgimento da psiquiatria como disciplina específica se fala e se pensa, de maneira implícita, em uma reforma psiquiátrica.

¹³⁰ **Quem foi Franco Basaglia.** Disponível em:< http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.php> Acesso em: 21 mar 2011.

¹³¹ **Quem foi Franco Basaglia.** Disponível em:< http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.php> Acesso em: 21 mar 2011.

¹³² **Quem foi Franco Basaglia.** Disponível em:< http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.php> Acesso em: 21 mar 2011.

¹³³ **Quem foi Franco Basaglia.** Disponível em:< http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.php> Acesso em: 21 mar 2011.

¹³⁴ **Quem foi Franco Basaglia.** Disponível em:< http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.php> Acesso em: 21 mar 2011.

Por óbvio não exatamente com esses termos, mas sob outros títulos e sob outras concepções. Porém só houve uma intensificação dessas iniciativas após a Segunda Guerra Mundial, onde projetos mais delimitados no sentido de um conjunto de enunciados, propostas e arranjos de natureza técnica e administrativa no campo de atuação da psiquiatria passaram a ser denominados de reformas psiquiátricas de forma mais explícita.¹³⁵

Assim, os primeiros questionamentos referentes à assistência psiquiátrica no Brasil tiveram início nos fins da década de 50, durando toda a década de 60, tendo maior ênfase em 1968, quando ao lado de movimentos feministas e estudantis a instituição psiquiátrica e o seu modelo de assistência foram colocados em questão. Como exemplo desses primeiros questionamentos em 1956 foi fundada pela psiquiatra brasileira Nise da Silveira a primeira casa de assistência psiquiátrica diversificada no Brasil – diferente do modelo tradicional, que recebeu nome de “Casa das Palmeiras”.¹³⁶

No fim da década de 70 surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esse movimento foi o protagonista dos anseios e iniciativas de uma reforma da assistência psiquiátrica a nível nacional. Em seu início, a busca dessa transformação no modelo existente era genérica e se dava por denúncias do modelo oficial que era predominantemente privatizante e hospitalocêntrico e também por meio de alternativas inspiradas em propostas de desospitalização.¹³⁷

Em 1987 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde mental assume-se como movimento social e lança o lema “Por uma sociedade sem Manicômios. O lema tinha o objetivo de remeter para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. Na prática, passou-se a privilegiar discussões sobre a adoção de experiências de desinstitucionalização, que implicava não apenas uma desospitalização, mas uma invenção de práticas assistenciais territoriais, desconstruindo assim os conceitos e

¹³⁵ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1996, p. 13.

¹³⁶ SERRA, Maria Zélia da Silva Rocha. **Saúde mental**: uma década de desafios. Revista de Saúde Mental do Distrito Federal, v. 8, suplemento 1, 1997.

¹³⁷ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Op. Cit., p. 13.

práticas psiquiátricas vigentes.¹³⁸ Ainda neste ano é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro.¹³⁹

Houve ainda, neste período, o surgimento do primeiro CAPS na cidade de São Paulo. Em 1989 iniciou-se um processo de intervenção da Secretaria de Saúde de Santos (SP) na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico de que se tinha notícia de maus tratos e até mesmo morte de pacientes internados. Essa intervenção teve repercussão nacional e demonstrou que seria possível a construção de uma rede de cuidados que viessem substituir o hospital psiquiátrico. Outro grande marco foi a implantação, também em Santos, dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24h, foram criadas também cooperativas, residências para os pacientes egressos do hospital psiquiátrico e associações. O município de Santos passa a ser um marco no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, demonstrando que os anseios do movimento eram possíveis de serem realizados.¹⁴⁰

O resultado das lutas dos movimentos antimanicomiais, foi, em 1989, a proposição na Câmara Federal do projeto de Lei nº 3.657 pelo deputado Paulo Delgado. O projeto tinha como proposta a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. Tem-se aqui o começo das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.¹⁴¹

O projeto de Lei de Paulo Delgado inspirou movimentos sociais, e por volta de 1992 esses movimentos conseguiram aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinaram a substituição, de forma progressiva, dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Foi a partir de então que o Ministério da Saúde direciona uma política para a saúde mental, que buscava acompanhar as diretrizes da Reforma

¹³⁸ AMARANTE, Paulo. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1994, p. 81.

¹³⁹ **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em 22 mar 2011.

¹⁴⁰ **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em 22 mar 2011.

¹⁴¹ **O movimento da antipsiquiatria no Brasil**. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/legislacao/psiquiatria_hospitalar_revista_pag04.htm> Acesso em 22 mar 2011.

Psiquiátrica. Foi realizada nesta década a II Conferência Nacional de Saúde Mental, período em que o Brasil assinou a Declaração de Caracas.¹⁴²

Apenas em 2001, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional é que a Lei Paulo Delgado é sancionada, observando que o dispositivo aprovado é um substitutivo do projeto de lei original. A Lei Federal nº 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando os tratamentos em serviços de base comunitária, além de dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Embora a lei não tenha trazido mecanismos claros quanto à extinção progressiva dos manicômios foi de fato um novo impulso para o processo da Reforma Psiquiátrica.¹⁴³

2.3 A edição da Lei nº 10.216/2001

A Lei nº 10.216/01 não estabelece o fechamento dos hospitais psiquiátricos, proposta dos movimentos antimanicomiais, mas prevê a reforma do modelo assistencial que é direcionado aos portadores de transtornos mentais. Observa-se que seu objetivo é reorganizar as instituições substituindo o modelo asilar por um modelo voltado à humanização do paciente.

Um grande desafio enfrentado na atualidade é a efetiva consolidação da Reforma Psiquiátrica. Infelizmente a pouquíssimo tempo atrás ainda era possível se encontrar instituições que poderiam ser definidas como um depósito humano e não como um lugar de tratamento.¹⁴⁴

Foram criadas linhas específicas de financiamento pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, além de novos mecanismos para que haja uma fiscalização, gestão e conseqüente redução de leitos psiquiátricos no país. Foi experimentada, pela rede de atenção diária à saúde mental, uma importante expansão que começou a alcançar regiões que tinham grande tradição hospitalar e a assistência comunitária em saúde mental inexistia. Foi criado o programa “De volta para casa”, que impulsionou o

¹⁴² **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em 22 mar 2011.

¹⁴³ **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em 22 mar 2011.

¹⁴⁴ **Convívio ou reclusão: em debate o fim dos manicômios e a reforma psiquiátrica.** Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=150&Artigo_ID=2143&IDCategoria=2197&reftype=1>. Acesso em 22 mar 2011.

processo de desinstitucionalização de pessoas que se encontravam longamente internadas. Aconteceu em 2004 o I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial em São Paulo que reuniu dois mil trabalhadores e usuários de CAPS.¹⁴⁵

Mesmo com todas as conquistas já alcançadas, a extinção dos manicômios gera controvérsias. Os que advogam pela sua extinção querem a expansão dos serviços alternativos e comunitários. Para Elizabeth Arouca é necessária a existência de redes de serviços abertos e interligados, pois se houver a limitação do espaço o paciente não estará preparado para problemas do cotidiano como a injustiça e o preconceito e a partir do momento que esteja transitando por espaços públicos estaria em contato com a prática da vida em sociedade o que seria fundamental no resgate da sua cidadania e autonomia. Diante desse posicionamento, Elizabeth defende que o atendimento dos portadores de transtornos mentais seja feito em meio aos pacientes com problemas clínicos. Assim seria posto fim ao manicômio.¹⁴⁶

Os que se posicionam contra o fechamento dos manicômios e o atendimento dos pacientes psiquiátricos em meio aos pacientes com problemas clínicos se amparam na experiência negativa de outros países. É o caso de Wagner Gattaz, professor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Para ele existe de fato a necessidade de se criar mais serviços extra-hospitalares, mas sem acabar com os leitos das instituições psiquiátricas. Afirma que: “Ocupar a infra-estrutura de um hospital geral com portadores de transtorno mental seria um desperdício, além de um desserviço para os pacientes, que passariam a ser tratados por equipes não especializadas em psiquiatria”.¹⁴⁷

¹⁴⁵ **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 22 mar 2011.

¹⁴⁶ **Convívio ou reclusão: em debate o fim dos manicômios e a reforma psiquiátrica.** Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=150&Artigo_ID=2143&IDCategoria=2197&reftype=1>. Acesso em 22 mar 2011.

¹⁴⁷ **Convívio ou reclusão: em debate o fim dos manicômios e a reforma psiquiátrica.** Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=150&Artigo_ID=2143&IDCategoria=2197&reftype=1>. Acesso em 22 mar 2011.

Importante entender o funcionamento do que foi proposto como serviço alternativo. O Ministério da Saúde criou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Hospitais-dia (HD), os ambulatórios e os leitos em hospitais gerais.¹⁴⁸

No que se refere à assistência à saúde mental, a jóia do Ministério da Saúde são os CAPS. Como foi dito anteriormente o primeiro CAPS surgiu, na prática, em 1987, em São Paulo, e só em fevereiro de 2002, por meio da Portaria nº 336 do Ministério da Saúde é que esse tipo de serviço foi normatizado.¹⁴⁹

A idéia é que tanto no CAPS como no HD o paciente passe o dia ocupado com atividades variadas e que também seja medicado, se for o caso. O atendimento não é feito apenas pelo médico, mas por uma equipe multiprofissional e a internação só ocorre em casos muito graves e apenas pelo período suficiente para que a crise seja controlada. Foram criados três tipos de CAPS, denominados CAPS I, II e III e a diferença está na complexidade da estrutura da instituição e na sua abrangência populacional. Por exemplo, o CAPS I foi pensado para pequenas localidades sem muita procura por serviços na área de saúde mental. O CAPS II, por sua vez possui um grupo de profissionais maior e pode, caso seja necessário, receber pacientes nos três turnos. Por último, o CAPS III é o único capacitado com leitos para internação e em virtude disso deve funcionar 24h. Há, ainda, dois outros tipos: um destinado ao atendimento de viciados em álcool e drogas e outro para crianças e adolescentes. O grande receio é que não haja o desenvolvimento de outras unidades e os CAPS se transformem em uma instituição total, como eram os hospitais psiquiátricos no passado e assim a assistência, ao deixar de ser centrada no hospital, tomaria como eixo os CAPS. A diretora do CAPS Itapeva, Sandra Fischetti afirma que “O problema do manicômio não está nas paredes. Pode-se reproduzi-lo em uma unidade aberta.”¹⁵⁰

Diante do exposto, vê-se que é proposta uma mudança radical no tratamento do portador de doença mental que propõe no lugar do isolamento o convívio com a família e a

¹⁴⁸ **Convívio ou reclusão: em debate o fim dos manicômios e a reforma psiquiátrica.** Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=150&Artigo_ID=2143&IDCategoria=2197&reftype=1>. Acesso em 22 mar 2011.

¹⁴⁹ **Convívio ou reclusão: em debate o fim dos manicômios e a reforma psiquiátrica.** Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=150&Artigo_ID=2143&IDCategoria=2197&reftype=1>. Acesso em 22 mar 2011.

¹⁵⁰ **Convívio ou reclusão: em debate o fim dos manicômios e a reforma psiquiátrica.** Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=150&Artigo_ID=2143&IDCategoria=2197&reftype=1>. Acesso em 22 mar 2011.

comunidade, além, é claro, da substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos de grande porte.¹⁵¹

2.4 Medida de Segurança e a Lei nº 10.216/2001

Ante a definição e forma de aplicação das Medidas de Segurança expostas no capítulo primeiro, observa-se uma forma *sui generis* de terapia, que é aplicada e dosada pelo juiz, sendo cumprida em uma instituição que, apesar de ser descrita com características hospitalares (art. 99 do CPB) é, na verdade, uma instituição do sistema carcerário, que não oferece condição nenhuma de reabilitação e muito menos de tratamento digno, são os chamados manicômios judiciais.

Valioso transcrever o pensamento do Ilustre Procurador Regional da República Paulo Vasconcelos Jacobina:

Da forma com que está prevista no nosso direito atualmente, ela seria um tratamento cuja alta não se daria em razão pura e simples da recuperação do paciente, mas pela sua submissão à perícia de cessação de periculosidade periódica, submetida ao juiz, que passaria, sem ser médico, a ter o poder clínico de considerar o paciente curado, mesmo quando a própria ciência discute se é possível falar em cura da loucura. Seria, além do mais, um tratamento imposto no âmbito de um processo penal, por um juiz com competência penal, mas sob um discurso sanitarista. Há, por conseguinte, um completo descompasso entre aquilo que se considera como medida de segurança no direito penal e aquilo que hoje se considera como medida terapêutica para pacientes com transtornos mentais, na ciência e no próprio direito sanitário¹⁵²

Assim, a atual forma de aplicação das Medidas de Segurança mostra-se incompatível com a Lei nº 10.216/2001 – Lei de Reforma Psiquiátrica – que se refere ao instituto como internação compulsória em seus art. 6º, III e 9º. As propostas esculpidas no diploma legal propõem uma releitura do Código Penal e da Lei de Execução Penal¹⁵³.

No § 1º, art. 4º da citada lei, observa-se que a reinserção social do paciente é tida como finalidade permanente do tratamento, ou seja, em todo o período que o mesmo esteja

¹⁵¹ [Home Page] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929. Acesso em 22 mar 2011.

¹⁵² JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica**. 2008. 133f. Dissertação. Brasília: ESMPU

¹⁵³ **Reforma Psiquiátrica e Medidas de Segurança**. Disponível em: <http://jusvi.com/artigos/29374>. Acesso 22/03/11.

submetido a qualquer tratamento, todo e qualquer procedimento e conduta adotados visam que o indivíduo seja reinserido em seu meio.

No que se refere ao critério adotado pelo Direito Penal para que seja imposta a internação ao indivíduo – crime punido com reclusão – vê-se claramente sua contrariedade com o dispositivo legal em questão, que traz de forma clara que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes¹⁵⁴. Tem-se, portanto, que independentemente da gravidade da infração penal, o tratamento menos lesivo à liberdade do paciente será preferido, passando a ser a regra, independente da pena cominada (reclusão ou detenção)¹⁵⁵.

Outra proposta que merece destaque é a que veda a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições de caráter asilar¹⁵⁶, ou seja, que não possuem recursos para garantir os direitos elencados nos incisos de I a IX¹⁵⁷ do Parágrafo único, art. 2º do referida Lei.

Entende-se também, de maneira clara, que a indefinição dos prazos para aplicação da medida de segurança é expressamente contrária ao objetivo de reinserção social do paciente, ferindo o princípio da utilidade terapêutica do internamento (art. 4º, §1º) assim como fere o princípio da desinternação progressiva dos pacientes crônicos (5º), que devem ser acompanhados por políticas específicas planejadas e reabilitação psicossocial assistida, tendo como responsável autoridade sanitária competente (art. 5º).

¹⁵⁴ Brasil. Art. 4º, da Lei nº 10.216/2001, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em 10 dez 2010.

¹⁵⁵ **Reforma Psiquiátrica e Medidas de Segurança**. Disponível em: <<http://jusvi.com/artigos/29374>>. Acesso 22 mar 2011.

¹⁵⁶ Brasil. Art. 4º, § 3º, da Lei nº 10.216/2001 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em 09 abr 2011.

¹⁵⁷ “I- ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II- ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III- ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV -ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V- ter direito à presença médica em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI- ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII -receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII- ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX- ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.”

3 O MANICÔMIO JUDICIÁRIO NO BRASIL

O termo manicômio abrange hospícios, asilos, hospitais psiquiátricos e outros lugares que se destinem ao tratamento da doença mental. Sua principal característica é o uso do isolamento do portador de transtorno mental da sociedade. É inevitável, aos que ali se encontram confinados, a perda das referências de vida, uma vez que perdem o convívio familiar, o local de moradia, o trabalho e até mesmo sua cidade de origem. Diante de tantas perdas aquela que se afigura de forma bastante delineada, e com conseqüências muitas vezes irreparáveis, é a perda da cidadania.¹⁵⁸

Da fusão das duas clássicas instituições totais, prisão e manicômio, criadas pela sociedade moderna, com o intuito de castigar aqueles que não se adaptavam às regras sociais, nasceu o manicômio criminal,¹⁵⁹ justificado, claro, pela necessidade de que houvesse um lugar reservado para a loucura criminosa.¹⁶⁰

Na segunda metade do século XIX deu-se o surgimento dos manicômios criminais na Europa. Assim, o termo “manicômio judiciário” vem depois do “manicômio criminal” a antes do atual “hospital psiquiátrico judiciário”. Aqui no Brasil o manicômio judiciário passou a ter a denominação de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico a partir da Reforma Penal de 1984.¹⁶¹

A origem histórica do manicômio judicial nasceu na Inglaterra, quando no século XVIII um indivíduo tentou matar o Rei Jorge III e por ter sido declarado louco e consequentemente irresponsável pelo seu ato, foi absolvido. Seguida a sua absolvição houve sua internação em uma seção especial do manicômio de Bedlem, que foi a primeira instituição asilar a acolher loucos criminosos. Logo após, em 1786, foi aberta uma seção especial que

¹⁵⁸ **Porque acabar com os manicômios?** Disponível em: <<http://www.ifb.org.br/manicomios.php>> Acesso em 09 abr 2011.

¹⁵⁹ CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Disponível em <<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm> > Acesso 09 abr 2011.

¹⁶⁰ **III Seminário de políticas sociais e cidadania. Reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.** Disponível em:<http://www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao4/109.pdf> Acesso em 15 abr 2011.

¹⁶¹ CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Disponível em <<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm>> Acesso em: 09 mar 2011.

deu origem ao projeto do manicômio criminal, onde seriam internados unicamente os loucos criminosos.¹⁶²

Foi assim que nasceu na Inglaterra o Criminal Lunatic Asylum, a primeira instituição com a finalidade de receber pessoas portadoras de transtornos mentais que tivesse cometido algum ilícito. Na Inglaterra também surgiu a primeira lei para disciplinar o assunto, onde se especificava as categorias de indivíduos que seriam destinatários dos procedimentos de internação neste tipo de instituição. Ainda no século XVIII foi promulgada a lei *Insane offender's bill*, que estabelecia que todos que cometessem algum delito em condições de alienação mental seriam absolvidos e internados em um manicômio por tempo indeterminado, a mando do rei.¹⁶³

Duas escolas, na segunda metade do século XIX, debatiam acerca dos conceitos de crime e de pena. A Escola Clássica, que teve como expoente Francesco Carrara, discutia a teoria geral do crime atribuindo à pena a finalidade retributiva – sua finalidade era reparar o dano causado pelo réu à sociedade, devendo a pena ser aplicada de acordo com a gravidade do delito. Tal escola não analisava a personalidade do réu, pois acreditavam no livre arbítrio. Noutra banda, a Escola Positiva, baseada em Lombroso, voltava seus estudos para a pesquisa das causas da delinquência, apresentando, pela primeira vez, o problema da responsabilidade do indivíduo que cometia um crime. Estudando a personalidade do réu e levando em consideração suas anomalias biológicas e psíquicas, a Escola visava à criação de uma política criminal dirigida à defesa social. Tem-se, com a instituição dos manicômios criminais, a “vitória” da Escola Positiva sobre a Clássica significando a afirmação do conceito de loucura como doença e da pena como cura.¹⁶⁴

No Brasil, hospitais específicos para receber os tidos como loucos que cometiam algum delito, foram instituídos na segunda década do século XX sob a denominação de manicômio judiciário. Houve discussão, antes de sua implementação, de qual

¹⁶² CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Disponível em <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm>_ Acesso em: 09 mar 2011.

¹⁶³ CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Disponível em <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm>_ Acesso em: 09 mar 2011.

¹⁶⁴ CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Disponível em <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm>_ Acesso em: 09 mar 2011.

seria o encaminhamento institucional para as pessoas consideradas loucas criminosas, já que o diretor do Hospício D. Pedro II sinalizou quanto a necessidade de que os loucos perigosos e agitados fossem separados, uma vez que representavam um obstáculo para a medicalização do restante do asilo por exigirem práticas violentas e repressivas. Tal idéia foi abraçada por Teixeira Brandão em 1896 ante um determinado caso que envolveu um provável louco criminoso. Diante desse caso específico houve uma solicitação ao Ministro da Justiça para que se construísse um Manicômio Criminal. A classe médica não se mostrou consensual com essa medida.¹⁶⁵

Esse pensamento foi se fortalecendo e em 1920, Juliano Moreira, então diretor do Hospício Nacional, se manifestou no sentido de que os loucos criminosos não deveriam estar naquela instituição, mas sim em uma prisão de caráter especial, que seria uma prisão e um manicômio ao mesmo tempo. E assim começou a funcionar, a partir de então, espaços asilares que recebiam os loucos criminosos, restando claro, mais uma vez, a opção pela exclusão a partir do estabelecimento da diferença entre loucos e loucos criminosos.¹⁶⁶

Como os loucos criminosos formaram uma nova categoria e era certo que deveriam ficar totalmente desvinculados do Hospício Dom Pedro II, iniciou-se a compreensão de que deveria ser criada uma instituição asilar apenas para este segmento populacional, nos moldes do que já existia na Europa. Forjou-se, assim, uma demanda pela criação de um manicômio criminal que deveria convergir os interesses da área de saúde e do âmbito jurídico. Não havia, diante da criação dessa nova instituição, o pensamento de integração sócio familiar do louco criminoso, o que demonstrava o pensamento do poder-dever do Estado daquela época.¹⁶⁷

A partir do Decreto nº 1.132 de 1903, que trouxe a recomendação de que fossem criadas seções especiais para loucos infratores nos manicômios estaduais, é que a construção de manicômios judiciários passou a ser proposta oficial. Logo após foi instalada

¹⁶⁵ CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Disponível em <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm>. Acesso em: 09 mar 2011.

¹⁶⁶ CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Disponível em <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm>. Acesso em: 09 mar 2011.

¹⁶⁷ CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Disponível em: <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm>. Acesso em: 09 mar 2011.

no Hospício Nacional uma enfermagem que se destinava apenas à internação dos alienados delinquentes assim como a observação dos suspeitos de alienação mental, foi a chamada Seção Lombroso, destinada aos loucos-criminosos e que por funcionar com inúmeros problemas foi extinta com a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro.¹⁶⁸

Houve um acontecimento que contribuiu precipitando a criação do manicômio judiciário. Em 1919, D. Clarice Índio do Brasil, esposa de um Senador da República, foi assassinada por um taquígrafo do senado tido como degenerado. Diante da possibilidade do indivíduo ser absolvido, a imprensa se engaja na luta pela criação do manicômio judiciário e, ao contrário da classe médica, não enfatizavam seu caráter terapêutico ou humanitário, mas apenas uma necessidade urgente de repressão eficaz aos delinquentes.¹⁶⁹

Em 25 de maio de 1921 foi promulgado o Decreto nº 14. 831 que aprovou o regulamento do manicômio judiciário e logo após, em 30 de maio do mesmo ano, foi criado o primeiro manicômio judiciário do Brasil e da América Latina na cidade do Rio de Janeiro.¹⁷⁰ Sua direção foi entregue ao médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho, que chefiava anteriormente a seção Lombroso do Hospício Nacional. Posteriormente, na década de 50, em sua homenagem ao seu primeiro diretor, o manicômio passou a se chamar Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.¹⁷¹

A instituição criada apresentou-se como uma instituição prisional, com natureza diferenciada e sob a jurisdição do Departamento Nacional de Assistência Pública. Sustentava-se que o indivíduo, mesmo portador de transtorno mental, deveria pagar pelo crime que cometeu e assim restou demonstrado, desde seu início, uma estrutura ambígua e contraditória, sendo predominantemente custodial, com grades e intervenções psiquiátricas, o que gerava, sem margem de dúvida, a exclusão daqueles acometidos por transtorno mental e

¹⁶⁸ CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Disponível em: <<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm>> Acesso em: 09 mar 2011.

¹⁶⁹ CARRARA, Sérgio Luiz. **A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil.** Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v20n1/04.pdf>> Acesso em 10 abr 2011.

¹⁷⁰ CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Disponível em: <<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm>> Acesso em: 09 mar 2011.

¹⁷¹ CARRARA, Sérgio Luiz. **A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil.** Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v20n1/04.pdf>> Acesso em 10 abr 2011.

que cometeram delito. Em suma, um lugar “social” específico para o encontro entre o crime e a loucura.¹⁷²

Na prática, observou-se que não houve efetivas mudanças quanto à política segregacionista da nova instituição em relação às demais instituições psiquiátricas. A assistência prestada pelo Estado no manicômio judicial não possibilitou a integração do doente mental à sociedade, bem como o respeito aos seus direitos individuais.¹⁷³

3.1 Índio Febrônio do Brasil: o primeiro paciente do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil

Febrônio nasceu em São Miguel de Jequitinhonha, em Minas Gerais, provavelmente de 14 de janeiro de 1895. Filho de Theodoro Simões de Oliveira e Reginalda Ferreira Mattos, era o segundo filho de um total de quatorze que tinha o casal. Acredita-se que seu provável nome era Febrônio Ferreira de Mattos, mas tornou-se conhecido como Febrônio Índio do Brasil, o Filho da Luz, tendo em vista que assim se apresentava para os jornalistas, policiais, autoridades judiciárias e psiquiatras forenses.¹⁷⁴

Seu pai, conhecido como Theodorão, trabalhava como lavrador mas, por muitos anos, foi também açougueiro. Era alcoólatra e possuía uma personalidade agressiva. Agredia frequentemente com muita violência sua esposa e seus filhos. Febrônio presenciou diversas vezes os espancamentos da mãe.¹⁷⁵

Aos 12 anos de idade Febrônio fugiu de casa em companhia de um caixeiro-viajante e ficou vagando pelas proximidades vizinhas de sua cidade até que chegou à cidade de Diamantina, onde foi alfabetizado e ganhou a vida como copeiro. Tempos depois foi morar em Belo Horizonte onde trabalhou como engraxate e auxiliar de serviços domésticos. Em 1901, com 14 anos foi para o Rio de Janeiro, retornando depois para Belo Horizonte e

¹⁷² CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Disponível em <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm>. Acesso em: 13 abr 2011.

¹⁷³ CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Disponível em <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm>. Acesso em: 13 abr 2011.

¹⁷⁴ **Febrônio Índio do Brasil.** Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Febr%C3%B4nio_%C3%8Dndio_do_Brasil. Acesso em 13 abr 2011.

¹⁷⁵ **Febrônio Índio do Brasil.** Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Febr%C3%B4nio_%C3%8Dndio_do_Brasil. Acesso em 13 abr 2011.

finalmente em 1916 voltou a morar na cidade carioca.¹⁷⁶ Atuou, ainda, como médico e dentista sem possuir formação para tal e como consequência deixou mortos pela sua má prática da medicina.¹⁷⁷

O mineiro foi um dos casos mais intrigantes e assustadores da história brasileira:

[...]Febrônio Índio do Brasil confessou ter estrangulado, em 13 de agosto de 1927, o menor Almiro José Ribeiro, jogando o corpo da vítima num matagal. O acusado colecionava um péssimo rol de antecedentes, incluindo dezenas de passagens pela polícia por fraude, pederastia e tendências homossexuais, tentativa de atentado violento ao pudor, etc. Portador de um comportamento desviante, fora dos parâmetros estabelecidos como normais, Febrônio dizia ter visões que o ordenavam que tatuasse dez rapazes para seguir sua missão contra o demônio. Assim, tatuava suas vítimas com as iniciais D.C.V.V.I, letras idênticas as tatuadas no seu tórax. As letras, segundo o tatuador, significavam "Deus Vivo" ou "Imana Viva". Com uma religiosidade aflorada, Febrônio chegou a mandar publicar o seu próprio evangelho, intitulado "As revelações do príncipe do fogo". A defesa de Febrônio Índio do Brasil, realizada pelo jovem causídico maranhense Letácio Jansen, teceu severas críticas ao processo. O novel defensor afirmou que "a polícia e a promotoria não conseguiram provas cabais". Contudo, sua tese defensiva se circunscreveu na demonstração de que: "Quer criminoso, quer não criminoso, Febrônio Índio do Brasil é, positivamente, um louco. Não pode ser pronunciado, ainda menos condenado. Se a sociedade julga-o perigoso, que se o interne num manicômio, numa penitenciária nunca. Justiça! [...]."¹⁷⁸

Encontrando-se preso, em 1928, Febrônio foi levado a júri presidido pelo juiz Dr. Ary de Azevedo. Diante da alegação de sua inimizabilidade, foi conseguido que Febrônio fosse examinado quanto à sua sanidade mental pelo psiquiatra Dr. Heitor Pereira Carrilho. Os dados colhidos foram impressionantes, demonstrando uma imaginação místico-delirante e uma fixação pela figura materna, a qual ele dizia chamar-se Estrella do Oriente Índio do Brasil.¹⁷⁹

¹⁷⁶ **Febrônio Índio do Brasil.** Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Febr%C3%B4nio_%C3%8Dndio_do_Brasil> Acesso em 13 abr 2011.

¹⁷⁷ **Febrônio Índio do Brasil, o Filho da Luz.** Disponível em: <<http://www.folhadodelegado.jex.com.br/casos+policiais+misteriosos+/febronio+indio+do+brasil+o+filho+da+luz>> Acesso em: 13 abr 2011.

¹⁷⁸ WUNDERLICH, Alexandre. **Os casos de Pierre Rivieri e Febrônio Índio do Brasil como exemplos de violência institucionalizada.** Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1013>>. Acesso em 13/04/2011.

¹⁷⁹ **Febrônio Índio do Brasil.** Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Febr%C3%B4nio_%C3%8Dndio_do_Brasil> Acesso em 13 abr 2011.

Finalmente em 20 de fevereiro de 1928 o Dr. Heitor Carrilho, auxiliado pelo Dr. Manoel Clemente, emitiu um extenso laudo pericial baseado em teorias modernas para a época que trazia as seguintes conclusões:

1° — Febrônio Índio do Brasil é portador de uma psicopatia constitucional, caracterizada por desvios éticos, revestindo a forma da loucura moral e perversões instintivas, expressas no homossexualismo com impulsões sádicas, estado esse a que se juntam ideias delirantes da imaginação, de caráter místico.

2° — As suas reações antissociais ou os atos delituosos de que se acha acusado resultam dessa condição mórbida que lhe não permite a normal utilização de sua vontade.

3° — Em consequência, a sua capacidade de imputação se acha prejudicada ou dirimida.

4° — Deve-se ter em conta, porém, que as manifestações anormais de sua mentalidade são elementos que definem a sua iniludível temibilidade e que, portanto, deve ele ficar segregado *ad vitam* para os efeitos salutareos e elevados da defesa social, em estabelecimento apropriado a psicopatas delinquentes.¹⁸⁰

Diante dos argumentos científicos fornecidos pelo laudo o então advogado de defesa, Dr. Letácio Jansen, conseguiu que Febrônio fosse declarado inimputável, ante sua incapacidade de entender o caráter ilícito de seus atos. Conseqüentemente foi absolvido e o juiz responsável pelo caso determinou que seu recolhimento, a partir de 6 de julho de 1929, como primeiro interno do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro.¹⁸¹

Febrônio permaneceu internado por mais de cinquenta anos e morreu sem curar sua doença, diga-se mais doente do que era antes de sua institucionalização.¹⁸²

3.2 O caso Damião Ximenes Lopes na Corte Interamericana de Direitos Humanos

Os delegados dos Estados Membros da Organização dos Estados Americanos realizaram, em 1969, na cidade de São José da Costa Rica, o Banco Interamericano de Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos. Como resultado foi redigido a Convenção Americana sobre Direitos Humanos que entrou em vigor

¹⁸⁰ **Febrônio Índio do Brasil.** Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Febr%C3%B4nio_%C3%8Dndio_do_Brasil> Acesso em 13 abr 2011.

¹⁸¹ **Febrônio Índio do Brasil.** Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Febr%C3%B4nio_%C3%8Dndio_do_Brasil> Acesso em 13 abr 2011.

¹⁸² WUNDERLICH, Alexandre. **Os casos de Pierre Rivieri e Febrônio Índio do Brasil como exemplos de violência institucionalizada.** Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1013>>. Acesso em 13 abr 2011.

em 18 de julho de 1978 e foi o décimo primeiro instrumento de ratificação por um Estado Membro OEA. Atualmente, 25 nações americanas ratificaram ou aderiram à convenção, o que torna o acordo obrigatório para estes Estados. Entre estas nações encontra-se o Brasil.¹⁸³

A Corte é sediada na mesma cidade que foi palco do citado banco. É uma instituição judicial autônoma da Organização dos Estados Americanos e tem como objetivo a interpretação e a aplicação da Convenção. Foi criada em 1979 e é composta de juristas de elevada reputação moral e reconhecida competência no campo dos direitos humanos. São eleitos a título pessoal.¹⁸⁴

Existem dois corpos para lidar com as violações dos direitos humanos: a Comissão de Direitos Humanos – CIDH, e o Tribunal de Direitos Humanos. A primeira foi criada em 1959 e iniciou suas atividades em 1960 quando o Conselho da OEA aprovou seus estatutos e elegeu seus primeiros membros. O Tribunal, no entanto, teve suas atividades iniciadas em junho de 1979, em Washington, e em setembro do mesmo ano foi inaugurada suas instalações em São José da Costa Rica.¹⁸⁵

3.2.1 A decisão da Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso dos Manicômios

Em 1º de outubro de 1999, Albertina Ximenes internou seu filho, Damião Ximenes Lopes, portador de transtorno mental, na Casa de Repouso Guararapes - única instituição psiquiátrica da região de Sobral no Ceará, privada, mas conveniada ao Sistema Único de Saúde e por isso credenciada para prestar atendimento às pessoas portadoras de transtorno mental, já que na região não havia sequer instituições de caráter ambulatorial. Três dias depois, em 04/10, Albertina voltou para visitar o filho e foi informada por um funcionário que Damião não estava em condições de receber visitas. A mãe, inconformada, entrou na clínica gritando o nome do filho, que veio ao seu encontro em estado deplorável, sujo de excrementos, sangrando muito, com escoriações, hematomas e tendo as mãos amarradas. Albertina solicitou ao funcionário da casa que desse um banho em Damião e

¹⁸³ **Información historia. Corte Interamericana de Derechos Humanos.** Disponível em: <<http://www.corteidh.or.cr/historia.cfm>> Acesso em 14 abr 2011.

¹⁸⁴ **Bienvenidos. Corte Interamericana de Derechos Humanos.** Disponível em: <<http://www.corteidh.or.cr/index.cfm>> Acesso em 14 abr 2011.

¹⁸⁵ **Información historia. Corte Interamericana de Derechos Humanos.** Disponível em: <<http://www.corteidh.or.cr/historia.cfm>> Acesso em 14 abr 2011.

procurou o médico responsável pela instituição, Francisco Ivo de Vasconcelos, que além de diretor da Casa de Repouso Guararapes era médico legista do Instituto Médico Legal de Sobral. O médico apenas prescreveu medicamentos sem sequer examinar o paciente. Impossibilitada de levar Damião de volta para casa, Albertina retornou à sua residência, mas quando lá chegou recebeu a notícia da clínica que seu filho havia falecido.¹⁸⁶

O laudo emitido no mesmo dia do falecimento foi assinado pelo Dr. Francisco Ivo e atestava a causa morte por parada cardio-respiratória. Não aceitando o que foi declarado no laudo, a família de Damião levou seu corpo para passar por uma necropsia na capital, Fortaleza, já que o diretor da clínica era o legista de Sobral. Para espanto da família, mesmo diante de todas as evidências da violência sofrida, o laudo emitido foi morte real de causa indeterminada. A partir deste momento, Irene Ximenes Miranda, irmã do falecido, iniciou sua busca por justiça denunciando o caso a todas as autoridades competentes – Polícia Civil, Ministério Público Federal e Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Ceará.¹⁸⁷

Irene encontrou inúmeras dificuldades para provar que a morte do seu irmão teve como causa a tortura sofrida na clínica. Ela observou que no relatório que a delegacia de polícia enviou ao Ministério Público faltavam importantes depoimentos que indicavam a responsabilidade da clínica. O delegado, ao ser questionado, disse que a documentação estava em sua casa e que estaria juntando aos autos. Outro fato curioso se deu quando Irene foi informada que não teria acesso ao processo referente à auditoria da clínica, mas tão somente ao relatório, além de que o processo seria entregue ao prefeito que junto com sua família era proprietário da Casa de Repouso Guararapes.¹⁸⁸

Diante da morosidade e ineficiência das autoridades brasileiras competentes, Irene enviou a denuncia à Comissão Interamericana de Direitos Humanos - CIDH. Em

¹⁸⁶ **Caso Damião Ximenes Lopes.** Disponível em: http://www.ongprojetcidam.org.br/index.php?id_pagina=376 Acesso em: 14 abr 2011.

¹⁸⁷ **Caso Damião Ximenes Lopes.** Disponível em: http://www.ongprojetcidam.org.br/index.php?id_pagina=376 Acesso em: 14 abr 2011.

¹⁸⁸ **Caso Damião Ximenes Lopes.** Disponível em: http://www.ongprojetcidam.org.br/index.php?id_pagina=376 Acesso em: 14 abr 2011.

momento posterior, a organização não-governamental Justiça Global passou a integrar o caso como co-peticionária no Sistema Interamericano.¹⁸⁹

A CIDH concluiu que o Estado Brasileiro foi responsável pela violação dos direitos consagrados nos artigos 4º, 5º, 8º, 25 da Convenção Americana – direito à vida, direito à integridade pessoal, garantias judiciais e proteção judicial, respectivamente. As alegações traziam relação com as condições desumanas e degradantes em que Damião foi hospitalizado, e também referentes às violações a sua integridade pessoal e ao seu assassinato. Foram também levantadas as violações quanto à obrigação de investigar, do direito a um recurso efetivo e das garantias judiciais relacionadas com a investigação dos fatos. Diante disso, a Comissão recomendou ao Brasil uma série de medidas para que as citadas violações fossem reparadas.¹⁹⁰ Em 1º de outubro de 2004 a CIDH considerou que o Estado brasileiro não cumpriu de forma satisfatória suas recomendações e submeteu o caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos, que se tornou o primeiro caso contra o Estado brasileiro naquela corte, além de ser, também, o primeiro caso a abordar a questão de saúde mental dentro do Sistema Interamericano. Entre 30 de novembro e 1º de dezembro de 2005, pouco mais de um ano depois, foi realizada uma audiência pública na Corte Interamericana de Direitos Humanos da OEA, na Costa Rica, para ouvir as testemunhas dos petionários, a CIDH e o governo brasileiro e receber as argumentações das partes.¹⁹¹

Os petionários, familiares da vítima e a Comissão Interamericana alegaram, durante as audiências, a responsabilidade do governo na morte de Damião, as inúmeras falhas na investigação e a morosidade na tramitação judicial. Esses dois últimos fatores foram sustentados como agravantes para a impunidade do caso.¹⁹²

¹⁸⁹ **Caso Damião Ximenes Lopes.** Disponível em: <http://www.ongprojetocidam.org.br/index.php?id_pagina=376> Acesso em: 14 abr 2011.

¹⁹⁰ **Corte Interamericana de Direitos Humanos. Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006.** Disponível em: <http://www.ongprojetocidam.org.br/arquivos_upload/scx.htm> Acesso em 14/04/2011.

¹⁹¹ **O Caso Damião Ximenes, o primeiro contra o Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos, será decidido entre os dias 3 e 4 de julho, na Costa Rica.** Disponível em: <<http://global.org.br/programas/o-caso-damiao-ximenes-o-primeiro-contra-o-brasil-na-corte-interamericana-de-direitos-humanos-sera-decidido-entre-os-dias-3-e-4-de-julho-na-costa-rica/>> Acesso em 14 abr 2011.

¹⁹² **O Caso Damião Ximenes, o primeiro contra o Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos, será decidido entre os dias 3 e 4 de julho, na Costa Rica.** Disponível em: <<http://global.org.br/programas/o-caso-damiao-ximenes-o-primeiro-contra-o-brasil-na-corte-interamericana-de-direitos-humanos-sera-decidido-entre-os-dias-3-e-4-de-julho-na-costa-rica/>> Acesso em 14 abr 2011.

Foi solicitada uma indenização reparadora, especialmente da mãe de Damião; uma investigação completa e imparcial dos fatos; a devida responsabilização dos envolvidos no homicídio e a adoção de políticas públicas na área de saúde mental que fossem realmente efetivas.¹⁹³

O governo brasileiro reconheceu sua responsabilidade na morte de Damião por ocasião de maus tratos, porém negou-se a indenizar a família alegando que a mãe já recebia uma pensão do INSS pela morte do filho.¹⁹⁴

Em 04 de julho de 2006, em decisão inédita, a Corte Interamericana de Direitos Humanos condenou o Estado brasileiro por violar o direito de Damião Ximenes à integridade física, à vida, ao acesso à Justiça e garantias judiciais de sua família. Sem sombra de dúvidas a decisão é uma vitória histórica para os direitos humanos no país, principalmente por se tratar de um portador de transtornos mentais. A sentença é também considerada um avanço na área de saúde mental, com especial significado para o movimento da luta antimanicomial que há décadas denunciam casos de abuso, maus-tratos e mortes em hospitais psiquiátricos.¹⁹⁵

Além de reconhecer a violação dos direitos humanos, a sentença aponta a falta de ações de prevenção por parte do governo para que outros casos semelhantes não ocorram. Há, também, o estabelecimento por parte da corte que o Brasil regulamente e monitore os serviços públicos de saúde mental, investigue e combata a impunidade das violações de direitos humanos que ocorram nesses estabelecimentos, além de que o país precisa continuar a implementar as reformas psiquiátricas que já foram iniciadas para que

¹⁹³ **O Caso Damião Ximenes, o primeiro contra o Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos, será decidido entre os dias 3 e 4 de julho, na Costa Rica.** Disponível em:< <http://global.org.br/programas/o-caso-damiao-ximenes-o-primeiro-contra-o-brasil-na-corte-interamericana-de-direitos-humanos-sera-decidido-entre-os-dias-3-e-4-de-julho-na-costa-rica/>> Acesso em 15 abr 2011.

¹⁹⁴ **O Caso Damião Ximenes, o primeiro contra o Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos, será decidido entre os dias 3 e 4 de julho, na Costa Rica.** Disponível em:< <http://global.org.br/programas/o-caso-damiao-ximenes-o-primeiro-contra-o-brasil-na-corte-interamericana-de-direitos-humanos-sera-decidido-entre-os-dias-3-e-4-de-julho-na-costa-rica/>> Acesso em 15 abr 2011.

¹⁹⁵ **Corte da OEA condena Brasil pela morte de portador de transtorno mental.** Disponível em:< <http://osm.org.br/osm/corte-da-oea-condena-brasil-por-morte-de-portador-de-transtorno-mental/>> Acesso em 15 abr 2011.

assim haja um melhoramento significativo na situação das pessoas acometidas por transtornos mentais.¹⁹⁶

A título de reparação, a Corte condenou o Brasil a indenizar a família de Damião Ximenes por danos materiais, imateriais e determinou que o país investigue e puna os responsáveis pelo crime de forma célere, haja vista que na época da prolação da sentença o processo civil e criminal ainda se encontravam em andamento.¹⁹⁷

Transcrevo a seguir o trecho final da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos:

[...]

XII

PONTOS RESOLUTIVOS

262. Portanto,

A CORTE,

DECIDE,

Por unanimidade,

1. Admitir o reconhecimento parcial de responsabilidade internacional efetuado pelo Estado pela violação dos direitos à vida e à integridade pessoal consagrados nos artigos 4.1 e 5.1 e 5.2 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes, nos termos dos parágrafos 61 a 81 da presente Sentença.

DECLARA,

Por unanimidade, que

2. O Estado violou, em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes, tal como o reconheceu, os direitos à vida e à integridade pessoal consagrados nos artigos 4.1 e 5.1 e 5.2 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 119 a 150 da presente Sentença.

3. O Estado violou, em detrimento das senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda e dos senhores Francisco Leopoldino Lopes e Cosme Ximenes Lopes, familiares do senhor Damião Ximenes Lopes, o direito à integridade pessoal consagrado no artigo 5 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 155 a 163 da presente Sentença.

4. O Estado violou, em detrimento das senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda, familiares do senhor Damião Ximenes Lopes, os direitos às garantias judiciais e à proteção judicial consagrados nos

¹⁹⁶ **Corte da OEA condena Brasil pela morte de portador de transtorno mental.** Disponível em: <<http://osm.org.br/osm/corte-da-oea-condena-brasil-por-morte-de-portador-de-transtorno-mental/>> Acesso em 15 abr 2011.

¹⁹⁷ **Corte da OEA condena Brasil pela morte de portador de transtorno mental.** Disponível em: <<http://osm.org.br/osm/corte-da-oea-condena-brasil-por-morte-de-portador-de-transtorno-mental/>> Acesso em 15 abr 2011.

artigos 8.1 e 25.1 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 170 a 206 da presente Sentença.

[...]

E DISPÕE,

Por unanimidade, que:

6. O Estado deve garantir, em um prazo razoável, que o processo interno destinado a investigar e sancionar os responsáveis pelos fatos deste caso surta seus devidos efeitos, nos termos dos parágrafos 245 a 248 da presente Sentença.

[...]

8. O Estado deve continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos nesta Sentença, nos termos do parágrafo 250 da presente Sentença.

9. O Estado deve pagar em dinheiro para as senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda, no prazo de um ano, a título de indenização por dano material, a quantia fixada nos parágrafos 225 e 226, nos termos dos parágrafos 224 a 226 da presente Sentença.

10. O Estado deve pagar em dinheiro para as senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda e para os senhores Francisco Leopoldino Lopes e Cosme Ximenes Lopes, no prazo de um ano, a título de indenização por dano imaterial, a quantia fixada no parágrafo 238, nos termos dos parágrafos 237 a 239 da presente Sentença.

11. O Estado deve pagar em dinheiro, no prazo de um ano, a título de custas e gastos gerados no âmbito interno e no processo internacional perante o sistema interamericano de proteção dos direitos humanos, a quantia fixada no parágrafo 253, a qual deverá ser entregue à senhora Albertina Viana Lopes, nos termos dos parágrafos 252 e 253 da presente Sentença.

12. Supervisionará o cumprimento íntegro desta Sentença e dará por concluído este caso uma vez que o Estado tenha dado cabal cumprimento ao disposto nesta Sentença. No prazo de um ano, contado a partir da notificação desta Sentença, o Estado deverá apresentar à Corte relatório sobre as medidas adotadas para o seu cumprimento.

O Juiz Sergio García Ramírez deu a conhecer à Corte seu Voto Fundamentado e o Juiz Antônio Augusto Cançado Trindade deu a conhecer à Corte seu Voto Separado, os que acompanham a presente Sentença. espanhol, em San José, Costa Rica, em 4 de julho de 2006.¹⁹⁸

A execução de qualquer sentença proferida pela Corte Interamericana de Direitos Humanos no Brasil pode ocorrer de duas formas: a execução espontânea pelo Estado ou a execução forçada por intermédio do Poder Judiciário.¹⁹⁹

¹⁹⁸ Corte Interamericana de Direitos Humanos. Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006. Disponível em: <http://www.ongprojetocidam.org.br/arquivos_upload/scx.htm> Acesso em: 15/04/2011.

¹⁹⁹ A eficácia jurídica das decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos: caso Damião Ximenes Lopes. Disponível em:

O Brasil cumpriu, no tempo correto – 17/08/2007, a determinação da sentença da Corte Interamericana de Direito Humanos quanto ao pagamento, à família, das indenizações determinadas.²⁰⁰

Quanto ao processo criminal não houve a mesma celeridade, apenas em 29 de junho de 2009 o juiz da 3ª Vara da Comarca de Sobral, Dr. Marcelo Roseno de Oliveira, proferiu sentença condenando a seis anos de reclusão os réus que foram apontados como responsáveis pela morte de Damião Ximenes Lopes. A condenação foi por maus tratos que resultaram em morte, artigo 136, § 2º do Código Penal Brasileiro. O magistrado entendeu que mesmo sem a intenção de expor a perigo a vida da vítima, ao agirem de forma omissiva, os réus assumiram o risco de produzir tal resultado. Assim, de acordo com a decisão, os seis condenados: Sérgio Antunes Ferreira Gomes (proprietário da casa de repouso), Carlos Alberto Rodrigues dos Santos (auxiliar de enfermagem), André Tavares do Nascimento (auxiliar de enfermagem), Maria Salete Moraes Melo de Mesquita (enfermeira-chefe), Francisco Ivo de Vasconcelos (médico plantonista) e Elias Gomes Coimbra (auxiliar de enfermagem) deveriam cumprir a pena inicialmente em regime semi-aberto.²⁰¹

Na esfera cível, em março de 2010 a 2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Ceará condenou a Casa de Repouso Guararapes, o médico Francisco Ivo de Vasconcelos e o diretor clínico Sérgio Antunes Ferreira Gomes, a pagar à Albertina Ximenes Lopes, mãe de Damião Ximenes, a quantia de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) a título de indenização.²⁰²

Importante salientar que há a necessidade do esgotamento prévio dos recursos internos de um país é requisito de admissibilidade para uma demanda no plano interamericano, haja vista a subsidiariedade da jurisdição internacional dos direitos humanos. Porém a Corte não considera essa subsidiariedade em casos de lentidão e ineficiência dos

<http://www.fa7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/A_EFICACIA_JURIDICA_DAS_DECIS_OES_DA_CORTE_INTERAMERICANA_DE_DIREITOS_HUMANOS.pdf> Acesso em 15 maio 2011.

²⁰⁰ **Brasil começa a cumprir a sentença da Corte Interamericana no caso Ximenes.** Disponível em: <<http://global.org.br/programas/brasil-comeca-a-cumprir-sentenca-da-corte-interamericana-no-caso-damiao-ximenes>> Acesso em: 15 abr 2011.

²⁰¹ **TJCE fornece informações sobre o caso Damião à Advocacia Geral da União e ao Itamaraty.** Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias/2054640/tjce-fornece-informacoes-sobre-caso-damiao-a-advocacia-geral-da-uniao-e-ao-itamaraty>> Acesso em 04 maio 2011.

²⁰² **Caso Damião Ximenes – casa de repouso e médicos são condenados.** Disponível em: <[http://www.varjotaemdestaque.com/paginas/menu%203d/noticias/todas%20as%20noticias/Caso%20Damiao%20Ximenes%20-%20varjota%20-%20Casa%20de%20Repouso%20e%20medicos%20sao%20condenados%20-%20\(02_04_2010\)/damiao%20ximenes%20de%20Varjota.html](http://www.varjotaemdestaque.com/paginas/menu%203d/noticias/todas%20as%20noticias/Caso%20Damiao%20Ximenes%20-%20varjota%20-%20Casa%20de%20Repouso%20e%20medicos%20sao%20condenados%20-%20(02_04_2010)/damiao%20ximenes%20de%20Varjota.html)> Acesso em 15 abr 2001.

recursos disponíveis, e por isso não foi levado em conta a primeira alegação do Brasil de que aqui não havia ocorrido o esgotamento dos recursos internos possíveis.²⁰³

Essa decisão histórica nos leva a refletir sobre como no Brasil tem tratado o portador de sofrimento mental. Não se pode ignorar que ainda existem mitos e tabus por parte da sociedade, principalmente no reconhecimento desses indivíduos como sujeito de direitos. A morosidade da justiça brasileira diante do caso Ximenes e todas as dificuldades que a família encontrou para que fosse feita uma simples exumação do cadáver, nos levar a questionar quem, em lugares como o nordeste, detém o poder de fato.

O mais importante desse caso é refletirmos sobre o que precisa ser feito para que todas as pessoas portadoras de transtorno mental tenham sua cidadania resgatada e possuam o direito de, dentro das peculiaridades da doença que porta, ter uma vida o mais “normal” possível. A mente, seja ela sã ou não, é um universo infinito, cheio de mistérios e ensinamentos a nos transmitir. Quando conseguirmos olhar o diferente sobre outra perspectiva, conseguiremos proporcionar aos tidos como “loucos” uma chance de conviver e ser tratado de forma digna.

²⁰³ RAMOS. André de Carvalho. **Reflexões sobre as vitórias do caso Damião Ximenes**. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2006-set-08/reflexoes_vitorias_damiao_ximenes> Acesso em 07 maio 2011.

4 A ALA DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO DISTRITO FEDERAL

O texto sobre o tratamento psiquiátrico do DF será escrito em primeira pessoa do singular por dois motivos, a saber: pretendo apresentar minhas impressões sobre as constatações feitas ali e também para dar mais ênfase e veracidade aos fatos presenciados no ambiente da ATP.

Para realizar a pesquisa sobre o tratamento psiquiátrico no Distrito Federal, visando responder a pergunta central desta investigação, que é: *A atual forma de execução da Medida de Segurança aplicada aos inimputáveis promove o resgate da sua cidadania, sua inclusão social e o respeito à sua dignidade como pessoa humana, como sujeito de direitos?*, utilizei-me de princípios da abordagem qualitativa de pesquisa.

Para Bogdan e Biklen a pesquisa qualitativa considera que:

O ambiente de pesquisa, constitui-se na fonte direta para a obtenção das informações e o pesquisador, o principal instrumento, estando assim atento para todas as ocorrências possíveis dos elementos estudados, pois uma situação pode ser fundamental para melhor compreensão do problema.²⁰⁴

A pesquisa qualitativa preocupa-se em descrever os fatos observados por meio do contato direto do pesquisador com a situação que é o objeto de investigação. O pesquisador procura entender os fenômenos ocorridos no ambiente pesquisado e a partir daí realiza a interpretação de tais situações com base no referencial teórico adotado para o estudo.²⁰⁵

Com base nos fundamentos da pesquisa qualitativa é que relato e analiso o que pude constatar na visita realizada na Ala de Tratamento Psiquiátrico do DF. Utilizei-me como instrumentos de pesquisa para tomar as informações, a entrevista não elaborada e a observação direta.

²⁰⁴ BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e ao métodos. Porto: Porto Editora, 1994, p. 9.

²⁰⁵ Ibidem.

A Ala de Tratamento Psiquiátrico do DF funciona no Presídio Feminino, na cidade do Gama. A Ala fica no bloco I e seriam instalações provisórias até que fosse construída a Penitenciária III e o Núcleo de Saúde.²⁰⁶

Fiz uma visita à Ala em 09/05/2011. A direção do presídio colocou um policial militar que trabalha no presídio para acompanhar-me. Cheguei por volta das 10h e fui conduzida até o local onde ficam os internos. Confesso que tinha uma expectativa grande sobre como seria o local que, segundo o Código Penal, deveria ser um Hospital de Tratamento e Custódia ou estabelecimento adequado para aqueles que cumprem medida de segurança.

Para minha surpresa, pude observar que o local não tem diferença nenhuma de um presídio, os muros são altos e com cerca elétrica. Segundo a informação do bombeiro que fica na recepção da Ala, existem 95 internos distribuídos em 12 celas. Exatamente isso, celas. Perguntei se não eram quartos, ele disse que não, que eram celas com camas e grades devidamente fechadas com cadeados. O espaço onde os internos ficam durante o dia é pequeno. Eles ficam soltos e ali cada um recebe a medicação que lhe é prescrita. Naquele espaço mesmo é servida a refeição, não há um refeitório, e quando a alimentação chega, que é fornecida por uma empresa terceirizada, é distribuída e cada um senta onde quer – no chão, nas camas – para comer.

O agente explicou-me que existe um ambiente anterior às celas, separados por uma grade. Na verdade são duas celas onde em uma ficam os internos que estão mais “calmos” e podem conviver de uma forma mais sociável, realizando inclusive trabalhos na horta, reparos elétricos, na parte de construção, de marcenaria. Eles ficam nessa cela separada dos demais. Ao lado dessa cela existe outra cela que é da triagem. Ali ficam os internos que acabam de chegar. Segundo o agente, a finalidade dessa cela de triagem é observar o interno novo, conhecê-lo para depois colocá-lo junto com os demais. Nessa cela funciona também o isolamento, quando há confusão, briga e o interno está muito agitado, ele fica no isolamento e depois de mais calmo volta para o outro espaço comum.

Durante o dia, por um período de 1h 30min os internos tomam banho de sol em um espaço mais abaixo, que é um campinho de futebol. Perguntei se eles podem jogar

²⁰⁶ Poder Judiciário da União. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Vara de Execuções Penais-TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/trib/vep/vep_estPenais.asp> Acesso em 09 maio 2011.

bola, ou algo assim, o agente disse-me que não, que eles jogavam bola, mas se machucavam e então foi tirada essa atividade. Ao lado do campo de futebol tem uma cantina, que está desativada e o espaço serve para os cultos ou encontros religiosos.

O agente disse que é difícil, mas quando falta medicação e, se é em um fim de semana ou de noite, e o interno venha a ter crise, este é conduzido até o Hospital São Vicente de Paula, em Taguatinga, para que seja administrada uma medicação injetável emergencial a fim de que a crise seja contida. Quando é preciso que o indivíduo fique internado sempre fica um agente no hospital pelo período que for necessário.

No dia 10/05/2011 retornei à Ala para conversar com a Psicóloga Júlia²⁰⁷ que tive maiores detalhes do tratamento destinado aos 95 internos que atualmente encontram-se cumprindo Medida de Segurança na ATP.

Atualmente a Ala possui uma equipe fixa, com por 1 médico psiquiatra, 1 psicóloga (ambos cumprem uma carga horária de 40h/semanais), 1 terapeuta ocupacional e 1 técnico de enfermagem (estes dois últimos cumprem 20h/semanais). Há ainda 1 médico clínico geral, 1 assistente social e 1 enfermeiro que cumprem 4 horas semanais, pois são lotados no presídio feminino e cedidos para a Ala uma vez por semana.

Quando chega um interno é feito, pela equipe de saúde, o acolhimento deste indivíduo. Ele fica inicialmente na cela de triagem (aquela descrita no início do capítulo) para que a equipe faça uma avaliação geral do estado de saúde mental. Essa avaliação dá subsídio à equipe médica para que possa ser prescrita a terapia medicamentosa e também para poder inserir o indivíduo em atividades de acordo com as peculiaridades do seu caso e sua capacidade mental.

É nesse momento que a equipe médica coloca para o indivíduo a diferença entre o trabalho da equipe de segurança e da equipe médica, tendo em vista que com esta última a criação do vínculo com o interno é imprescindível.

A partir dessa avaliação geral a equipe elabora um plano terapêutico individual, que vai desde a inserção do indivíduo em um dos grupos existentes, para os que

²⁰⁷ Nome fictício.

possuem problema de dependência química, a atividades múltiplas, que seriam oficinas, trabalhos lúdicos, etc.

Ocorre que a realidade é bem diferente do que existe como proposta. Há todo esse empenho por parte da equipe em elaborar um plano terapêutico individual, que atenda o interno de acordo com suas peculiaridades clínicas, mas o local não oferece condições para que isso aconteça, a começar pela falta de espaço físico. Então diante do que é elaborado, apenas algumas coisas de fato funcionam.

Para os que têm problemas de dependência química existem três grupos ativos, são eles:

1. Grupo pré contemplação: onde se recebe os indivíduos que ainda negam sua condição de dependente. Nesse grupo importantes informações são passadas, além da motivação para que haja uma mudança de postura, de decisão no sentido de largar o vício.
2. Grupo prevenção de recaídas: nesse grupo estão os indivíduos que já conseguem visualizar sua dependência e sair dela. Há um trabalho voltado para que o indivíduo mantenha sua abstinência.
3. Grupo de treino de habilidades sociais: nesse grupo estão os indivíduos que estão sem recaídas e precisam de ajuda nas situações do dia-a-dia. É identificado o que cada um possui como habilidade e como capacidade para que possa ser realizado um trabalho de ajuda.

Esses grupos existem de fato e funcionam dentro das precárias condições, como por exemplo, é cedida pela professora uma única sala de aula existente na Ala. A sala é pequena e todos ficam bem apertados. Quando estive no dia 09/10 estava acontecendo uma reunião e quando passei, embora não soubesse do que se tratava, comentei com o policial que me acompanhava que o espaço era muito pequeno para todos os que estavam ali, que nem uma dinâmica de grupo poderia ser realizada.

Para os indivíduos que não são portadores de problemas relacionados à dependência química, como por exemplo, um portador de esquizofrenia, é indicado como

plano terapêutico com múltiplas atividades, que seriam a execução de oficinas, atividades lúdicas, etc. Porém essa demanda é reprimida, pois não há espaço físico e nem condições para que esse trabalho seja realizado, como por exemplos outros profissionais.

Os internos que formam esse grupo possuem apenas tratamento medicamentoso e atendimento pontual pela psicóloga e pelo terapeuta ocupacional. Existia uma oficina de reciclagem de papel que foi desativada e que está sendo transferida para outro espaço e deve voltar a funcionar em vinte dias. O início dessa atividade é muito esperado, embora a perspectiva seja de que a oficina funcione de fato apenas duas vezes por semana apenas por um período, pois só há um terapeuta ocupacional para cuidar da oficina e prestar todo o serviço já existente.

Existe outro trabalho para ser enquadrado nessas múltiplas atividades, que é a horta. Esse é o único lugar onde há de fato um espaço adequado. O trabalho já começou com alguns internos que já ficam separados dos demais (naquela cela que antecede o espaço onde ficam as 12 celas citadas anteriormente).

Há também alguns internos, em um total de 10, que vão todos os dias para o ISM (Instituto de Saúde Mental). Esse instituto pertence à rede de saúde pública. É um espaço onde há uma casa de passagem, onde o interno deveria ficar após a desinternação até voltar ao convívio social, mas o que ocorre é que alguns acabam morando lá por não terem para onde ir, não ter família para receber e porque a rede de saúde do Distrito Federal não oferece as Residências Terapêuticas, propostas na Reforma Psiquiátrica.

Além da casa de passagem no ISM há diversas oficinas que são oferecidas aos portadores de transtorno mental que pertencem à comunidade e são acompanhados pelo instituto e também para esses 10 que cumprem medida de segurança. O encaminhamento desses internos da ATP para as atividades oferecidas no ISM é feito pelas analistas da Vara de Execuções Penais.

Diante dos trabalhos realizados, vou apresentar em números: são 95 internos, desses, 24 estão nos três grupos ativos na Ala, 1 trabalha fora e vem para a Ala apenas para dormir (é um caso excepcional que foge à regra), 7 estão realizando trabalhos de manutenção, pedreiro, marcenaria e possuem o privilégio de estar em uma cela reservada dos

demais e 10 fazem acompanhamento no ISM e podem gozar de oficinas diversas, acompanhamento, atividades lúdicas, etc. Em suma, recebem um acompanhamento eficaz 42 internos e 53 ficam no pátio o dia todo, tomando os remédios prescritos e tendo direito a um banho de sol por dia que dura 1h 30min.

No que se refere à família do interno a equipe da ATP faz um atendimento pontual no sentido de orientar e estimular a família a buscar tratamento da rede de saúde, pois a co-dependência dos familiares tem resultados dos mais diversos, de depressão à quadros de sofrimento mental. O triste dessa parte é que quase 100% das famílias que buscam atendimento na rede de saúde não conseguem, haja vista a própria precariedade do que é oferecido.

O índice de retorno a ATP é muito alto. Grande maioria dos que foram desinternados já retornaram e isso se dá pela falta de suporte externo ao ex-interno. Por exemplo, para os que são dependentes químicos, antes de serem entregues às famílias eles recebem “saidões” onde podem passar um dia em casa. Depois são encaminhados para uma clínica, com o intuito de haver uma preparação para a entrega desse cidadão aos seus familiares. De volta ao convívio familiar, os dias se repetem sem suporte, sem atividades, sem emprego, sem nenhum encaminhamento eficaz, infelizmente é uma questão de tempo para que esse indivíduo esteja de volta à sua antiga morada, a ATP.

Outra realidade é que para muitos familiares, principalmente por questões financeiras e mesmo psicológicas, acham melhor que seu ente permaneça na Ala, pois assim é uma preocupação a menos.

Para aqueles que não possuem família que possam recebê-los, e ante a realidade de que na capital do Brasil não há nenhuma Residência Terapêutica oferecida pela rede de saúde, seu destino é permanecer por tempo infinito na ATP. Dura palavra, mas essa é a realidade, devem permanecer até o dia do seu óbito.

De fato, muito precisa ser modificado na assistência aos portadores de transtorno mental que cometem delito no Distrito Federal, embora essa não seja a realidade ideal, não é das piores. A verdade é que ainda existe arraigado muito do pensamento manicomial.

Para finalizar, outro ponto positivo da ATP é que os pacientes não demoram tempos para passarem pela avaliação do perito forense. Ela é feita no IML e consegue manter uma regular periodicidade.

4.1 PAI-PJ (Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário): A Medida de Segurança como resgate da cidadania

A legitimação de uma democracia se faz ante a proteção dos direitos humanos, e a nossa Constituição Federal consagra como um dos seus fundamentos a dignidade da pessoa humana, sem distinção alguma de raça, sexo, credo e muito menos perfeitas condições de saúde, sejam elas mentais ou físicas. Sem margem de dúvidas, dentro do contexto atual, a execução da medida de segurança do Brasil é uma das formas de maior violação de direitos humanos.²⁰⁸

No Brasil, diante da realidade da falta de assistência adequada do Judiciário para com os indivíduos portadores de transtorno mental que cometem delitos e têm imposta a medida de segurança, novas experiências têm demonstrado que é perfeitamente possível o atendimento dessas pessoas fora dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico descrito no Código Penal ou se necessário que haja a internação, que ela seja feita na rede de saúde e com o acompanhamento permanente de uma equipe multidisciplinar. Como exemplo, podemos citar o estado de Minas Gerais, na capital Belo Horizonte, que de forma pioneira passou a desenvolver ações diferenciadas para os portadores de transtornos mentais autores de delitos.²⁰⁹

Tudo começou quando estudantes do curso de psicologia do Centro Universitário Newton Paiva apresentaram, em 1997, ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais, um projeto que previa um levantamento dos processos criminais que tinham como autores pessoas portadoras de transtorno mental. Ao final da pesquisa foi formulado um projeto-piloto

²⁰⁸ **As contradições das Medidas de Segurança no contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Revista de Direito UPIS, ano. I, v. 01, nº 1, janeiro de 2003, p. 97-111. Disponível em: <http://www.upis.br/revistadireito/rev_dir_vol1.pdf> Acesso em 16 abr 2011.

²⁰⁹ **III Seminário de políticas sociais e cidadania. Reorientação dos hospitais de custódia e tratamento.** Disponível em: <http://www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao4/109.pdf> Acesso em: 15 abr 2011.

que foi denominado de Projeto de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), que acompanha e realiza a mediação entre o tratamento e o processo jurídico.²¹⁰

Em 2001, através da Portaria Conjunta nº 25/2001, o PAI-PJ foi transformado em programa e atualmente conta com o trabalho conjunto de uma equipe multiprofissional que dá ao judiciário subsídios que são capazes de atender à individualização na aplicação da medida criminal, onde sua principal intenção é conjugar tratamento, responsabilidade e inserção social. A intervenção do programa nos casos é determinada pelos juízes das varas criminais.²¹¹

A Casa PAI-PJ foi inaugurada em julho de 2002, em parceria com o Centro Universitário Newton Paiva e assim houve uma ampliação do campo de assistência. A instituição é coordenada pela psicóloga judiciária e psicanalista Fernanda Otoni.²¹²

Em conjunto com o acompanhamento integral do paciente judiciário em todas as fases do processo criminal há a busca pela garantia dos direitos fundamentais e sociais previstos na Constituição Federal, promovendo assim a responsabilização do indivíduo que cometeu a infração além do resgate dos seus laços sociais, tudo de acordo com os princípios da Lei nº 10.216/2001.²¹³

O programa tem como premissas básicas:

PREMISSAS BÁSICAS:

O PAI-PJ:

- acompanha os processos criminais nos quais o réu ou setenciado é ou apresenta indícios a ser portador de sofrimento mental, fornecendo subsídios técnicos para a prestação jurisdicional nas várias fases do processo.
- visa a auxiliar a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução das penas e medidas de segurança, de acordo com o previsto na legislação penal vigente.
- se orienta pelo princípios da reforma psiquiátrica, promovendo o acesso a tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial.

²¹⁰ **III Seminário de políticas sociais e cidadania. Reorientação dos hospitais de custódia e tratamento.** Disponível em: <http://www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao4/109.pdf> Acesso em: 15 abr 2011.

²¹¹ **PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/terceiro_vice/pai_pj/regulamentacao.html> Acesso em: 15 abr 2011.

²¹² **PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/terceiro_vice/pai_pj/regulamentacao.html> Acesso em: 15 abr 2011.

²¹³ **PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/terceiro_vice/pai_pj/regulamentacao.html> Acesso em: 15 abr 2011.

- trabalha no sentido de viabilizar a acessibilidade aos direitos fundamentais e sociais previstos.
- dar-se-á de modo intersetorial, promovendo a parceria do Judiciário, Ministério Público e o Executivo através da rede pública de saúde e da rede de assistência social, de acordo com as políticas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental.
- A equipe do PAI-PJ é composta por psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em Direito, devidamente capacitados para atuarem no Programa.²¹⁴

Os objetivos do programas são inovadores, pois visam trabalhar no acompanhamento dos processos judiciais com indicativos de incidente de insanidade mental ou que foram sentenciados com a medida de segurança. Se em processos diferentes dos citados a autoridade judicial julgar importante a inclusão ou réu/sentenciado na metodologia do PAI-PJ, isso também é possível. Assim o programa auxilia o juiz na aplicação e execução da sentença e na promoção da inserção social dos indivíduos de uma maneira geral.²¹⁵

O grande diferencial do projeto é que a inserção é desenvolvida no acompanhamento caso a caso, onde são considerados a singularidade clínica, social e jurídica do paciente para que assim ele seja auxiliado na sua construção do laço com a família, com a comunidade e/ou território social. Para isso, o trabalho da equipe é desenvolvido com base em etapas que demonstram claramente que o tratamento dispensado aos pacientes é individualizado.²¹⁶

Quando o juiz solicita a intervenção do PAI-PJ a sua equipe de psicologia realiza uma avaliação inicial do caso e imediatamente acompanha o indivíduo à rede pública de saúde para que seja construído um projeto clínico para aquele caso específico. É possível que haja, ante a peculiaridade do caso, uma intervenção de crise por meio de uma internação hospitalar ou no centro de saúde mental – CERSANS 24 horas (CAPS III), ou encaminhamento ao hospital-dia, tratamento ambulatorial, inserção do indivíduo em oficinas de trabalho terapêutico, centros de convivência, assistência social e outros. A rede pública de saúde é responsável pela condução do tratamento do paciente, tudo mediante o acompanhamento do PAI-PJ e de sua intervenção quando necessária. Há um projeto de atenção singular desenhado para aquele cidadão, que terá acesso, como qualquer outro, à rede

²¹⁴ **PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/terceiro_vice/pai_pj/definicao.html> Acesso em 15 abr 2011.

²¹⁵ **PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Louco Infrator.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/terceiro_vice/pai_pj/objetivo.html> Acesso em: 15 abr 2011.

²¹⁶ **PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Louco Infrator.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/terceiro_vice/pai_pj/objetivo.html> Acesso em: 16 abr 2011.

pública de saúde. Quando um paciente que esteja internado recebe alta no tratamento e tem medo de encarar a sociedade, é feito pela equipe um pedido de modulação da medida de segurança, é quando o juiz determina um estagiário de psicologia que irá acompanhar o cidadão pela cidade na realização das coisas mais simples do dia a dia, é o chamado acompanhamento terapêutico.²¹⁷

O projeto tem a posição de que é necessário que haja a ampliação do acesso desse indivíduo à convivência social, para o bem da sua saúde mental. Essa convivência social engloba o acesso a educação, a moradia, ao trabalho, a cultura, ao lazer, que para esse cidadão que cometeu um ato infracional tenha uma dimensão ampla, capaz de produzir um novo sentido à sua vida.²¹⁸

São realizadas, ainda, entrevistas periódicas com o paciente judiciário; estudo dos autos - que tem por objetivo a colheita de dados que permitam elaborar um projeto de atenção integral àquele indivíduo; e o contato e discussão com a equipe da rede social e a rede pública de saúde.²¹⁹

Dessa forma, é feito o acompanhamento social, clínico e jurídico do caso. O primeiro consiste no acompanhamento sistemático do paciente judiciário, mantendo contato e discussões permanentes com a rede pública de saúde – responsável pela condução do tratamento – para que assim o projeto elaborado para o paciente possa ser devidamente efetivado.²²⁰

No âmbito do acompanhamento social mantém-se um contato contínuo com a rede social, que busca a promoção social do paciente, sua autonomia e a efetivação das políticas públicas sociais que sejam pertinentes ao seu caso. São consideradas como rede social a família, os amigos, as relações de trabalho, as instituições e os grupos que indivíduo participe ou deseje participar. Ainda no aspecto do acompanhamento social são feitas entrevistas com a família ou com os grupos de convivência visando à construção da sua

²¹⁷ OTONI, Fernanda. **Um programa de atenção ao louco infrator.** Disponível em: <carceraria.tempsite.ws/.../4e8330439b0d639375735e5aef645e6c.doc> Acesso em 07 abr 2011.

²¹⁸ OTONI, Fernanda. **Um programa de atenção ao louco infrator.** Disponível em: <carceraria.tempsite.ws/.../4e8330439b0d639375735e5aef645e6c.doc> Acesso em 07. abr 2011.

²¹⁹ **PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/funcionamento.html> Acesso em 18 abr 2011.

²²⁰ **PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/funcionamento.html> Acesso em 18 abr 2011.

história sócio-familiar. Há também uma sensibilização da família e do meio social para que a convivência com o paciente seja a melhor possível, além do zelo pela promoção do acesso à moradia, trabalho, geração de renda, obtenção de documentos, etc. Dentro deste acompanhamento a equipe ainda realiza visitas domiciliares ou institucionais, dependendo do caso, que buscam conhecer a realidade que o sujeito esteve, estará ou será inserido.²²¹

O acompanhamento jurídico consiste na emissão de relatórios e pareceres encaminhados à autoridade judicial e que fornecem todas as informações necessárias para que o objetivo do projeto seja alcançado. Assim fica sob a responsabilidade da equipe o fornecimento de informações sobre o acompanhamento do caso, sugestões para alteração da situação judiciária tendo como base subsídios do acompanhamento clínico-social, exame de cessação de periculosidade, parecer sobre a individualização da pena e a modulação da medida de segurança e até mesmo a solicitação para acompanhamento terapêutico de paciente que esteja internado. A tramitação processual nas diversas fases de instrução e execução também é acompanhada, inclusive o acompanhamento ao paciente em audiências, o contato com advogado ou defensor público ou representante do MP, a consulta dos autos nas secretarias e até mesmo a solicitação de marcação de entrevista do paciente com o juiz.²²²

São realizadas reuniões periódicas com peritos oficiais onde são apresentados dados relativos ao acompanhamento que está sendo feito; são agendadas também reuniões após as perícias de sanidade mental, de cessação de periculosidade e antes da elaboração do laudo.²²³

Na finalização do acompanhamento do caso há o zelo, sempre que possível, pela efetividade da promoção da inserção social do paciente nos seguintes casos: extinção da punibilidade – art. 107 CP; transferência do processo para outra comarca; impossibilidade de localização e dispensa judicial do acompanhamento. Entrevistas são realizadas com o paciente

²²¹ PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário. Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/funcionamento.html> Acesso em 18 abr 2011.

²²² PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário. Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/funcionamento.html> Acesso em 18 abr 2011.

²²³ PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário. Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/funcionamento.html> Acesso em 18 abr 2011.

objetivando a conclusão do acompanhamento e verificando a efetivação de sua inserção social.²²⁴

Para que haja o cumprimento efetivo de todas essas etapas são parceiros do programa: a Secretaria de Estado da Defesa Social, as Secretarias de Saúde do Estado e do Município de Belo Horizonte, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, a Escola Brasileira de Psicanálise, o Fórum Mineiro de Saúde Mental, o Centro Universitário Newton Paiva, entre outros.²²⁵

O juiz da Vara de execuções criminais, Dr. Herbert José, acompanha de perto todo o trabalho do PAI-PJ e contribui de forma significativa no sentido de mostrar que o indivíduo poderá fazer seu tratamento e responder por sua ação publicamente através do estabelecimento de penas substitutivas. Essa substituição encontra-se em um horizonte mais amplo, pois insere um sentido social na execução da medida de segurança, demonstrando que o indivíduo pode responder socialmente pela sua ação. Assim há a conjugação de tratamento e responsabilização. Tem-se a experiência ultimamente em cinco casos, que têm demonstrado resultados positivos.²²⁶

O melhor de toda essa inovação são os resultados alcançados. Em dez anos de existência, o programa conseguiu romper com a antiga cultura de execução penal e trouxe aos portadores de transtorno mental que cometeram delitos um tratamento adequado na rede pública, substituindo o velho e fracassado modelo manicomial. Já passaram pelo programa, desde sua implantação, 799 pacientes e o índice de reincidência é baixíssimo, atualmente de 2% e apenas em crimes de menor gravidade. Desse total de 799 pacientes, em março de 2010 havia 533 processos arquivados e 246 processos ativos onde, 70% estavam cumprindo medida de segurança em casa, junto com seus familiares, trabalhando ou estudando; 23% estavam em regime de internação e 7% internados na Rede Pública de Saúde. Esses resultados contribuíram para que fosse destruído o mito que envolvia o doente mental.²²⁷ Outro dado importantíssimo é que 70% dos casos atendidos pelo programa foram de portadores de

²²⁴ **PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/funcionamento.html> Acesso em 18 abr 2011.

²²⁵ **PAI-PJ. Programa de Assistência ao Paciente Judiciário.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/funcionamento.html> Acesso em: 16 abr 2011.

²²⁶ OTONI, Fernanda. **Um programa de atenção ao louco infrator.** Disponível em: <carceraria.tempsite.ws/.../4e8330439b0d639375735e5aef645e6c.doc> Acesso em: 07 maio 2011.

²²⁷ **PAI-PJ. Programa de Assistência ao Paciente Judiciário.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html> Acesso em 16 abr 2011.

transtorno mental que cometeram crimes hediondos, porém em nenhum desses houve reincidência.²²⁸

O programa tem ganhado destaque nacional e internacional. Serviu de base para outro projeto semelhante dos Ministérios da Justiça e da Saúde, que foi inicialmente implantado em Goiânia-GO em outubro de 2006 com o nome de Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI).²²⁹

Outros grandes destaques foram dados ao projeto, como sua apresentação, em 2006, no Fórum Social Europeu que foi realizado na Grécia; em 2008, no Encontro Internacional sobre a questão da Periculosidade; e em 2009 o recebimento do Prêmio Nacional de Cidadania com Segurança e Direitos Humanos.²³⁰

Outra grande conquista é que Fernanda Otoni de Barro, psicóloga que coordena o programa, recentemente foi convidada para participar de uma comissão nacional que irá sugerir modificações para a revisão da Lei de Execução Penal nos artigos que tratam da medida de segurança.²³¹

Sem sombra de dúvidas o projeto é de grande contribuição social e seus resultados demonstram que o modelo atual de aplicação da medida de segurança está muito longe de atingir os objetivos que a própria normal penal estabelece, a cura do indivíduo portador de transtorno mental que comete um delito. Salientando-se que a própria ciência não é pacífica quanto à possibilidade de cura para o que se chama de loucura.

4.2 Colocações de Fernanda Otoni, coordenadora do projeto

Antes do PAI-PJ o tratamento dado ao portador de transtorno mental que cometia um delito em Belo Horizonte não se diferenciava das demais realidades brasileiras. Os pacientes judiciários recebiam a medida de segurança e aguardavam a sentença nas cadeias

²²⁸ **PAI-PJ será estendido ao menor infrator.** Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias/2111048/pai-pj-sera-estendido-ao-menor-infrator>> Acesso em 07 maio 2011.

²²⁹ **PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html> Acesso em: 16 abr 2011.

²³⁰ **PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html> Acesso em: 16 abr 2011.

²³¹ **PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário.** Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html> Acesso em: 16 abr 2011.

públicas ou internados nos hospitais locais. Tão logo saísse a sentença, os pacientes eram encaminhados ao Hospital Jorge Vaz em Barbacena, o manicômio judiciário, se houvesse vaga. Caso não existisse vaga naquele momento, o paciente ficava aguardando seu surgimento na penitenciária ou nas cadeias públicas da região e o resultado não podia ser outro: muitas vezes o indivíduo ficava no aguardo por muito mais tempo (anos) do que a própria pena imposta ao imputável para o cometimento daquele delito. Ressaltando que ao ir para o manicômio judiciário e esperando, sem a prestação do atendimento adequado, pelo exame psiquiátrico que comprovasse a cessação da sua periculosidade o indivíduo também ficava por muito mais anos do que se lhe fosse aplicada uma pena.²³²

O projeto é composto por servidores do tribunal e estagiários. Pode-se dizer que os estagiários estão na linha de frente do projeto, principalmente os estagiários de psicologia. O início se dá pelo acompanhamento terapêutico, que pode ocorrer pelo encaminhamento da justiça, dos familiares ou do próprio paciente portador do transtorno mental. Esse acompanhamento terapêutico ocorre com o objetivo de que o indivíduo consiga resgatar sua cidadania a partir da realização das coisas mais simples do dia-a-dia. Encontrei o relato da estagiária Alice Ribeiro que acompanha com frequência a paciente Isabel Cristina. Interessante que esse acompanhamento se dá com coisas muito simples: ir ao centro da cidade, fazer um lanche e “jogar” conversa fora. Segundo a estagiária mais coisas são feitas, tudo de acordo com a necessidade e vontade do paciente. Dentre essas coisas estão: acompanhar o indivíduo para fazer documentos, ir com ele ao banco, ao salão para cortar o cabelo, lancher em uma padaria, passear no centro da cidade, ir a uma consulta médica e acompanhá-lo em processos judiciais. Assim busca-se criar uma rede de atenção e tratamento ao portador de sofrimento mental com o objetivo precípuo de que no futuro o indivíduo possa vir a fazer tudo sozinho. Afinal, a cidadania começa a ser exercida a partir de pequenos gestos corriqueiros.²³³

Segundo a coordenadora Fernanda Otoni, esse trabalho só é possível de ser realizado mediante uma formação permanente. Essa formação deve ser clínica, ética e orientada a toda complexidade que é conduzir a amarração do singular de cada sujeito com o universal de uma comunidade. Atualmente o projeto tem novos desafios: estender a atenção

²³² **PAI-PJ. Justiça em questão.** Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=85DuccX3xO4>> Acesso em: 07 maio 2011.

²³³ **PAI-PJ. Justiça em questão.** Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=85DuccX3xO4>> Acesso em: 07 maio 2011.

aos menores em conflito com a lei que sejam portadores de transtorno mental além da extensão para outras comarcas do Estado de Minas Gerais. A primeira comarca a receber o projeto será Barbacena.²³⁴

4.2.1 Casos concretos com resultados positivos

Transcreverei literalmente casos concretos, que encontrei na *internet*, e que demonstram os bons resultados do PAI-PJ. A fonte foi à assessoria de comunicação do Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

1º caso: [...] J., de 36 anos, cometeu um crime grave em 1995. Passou seis anos preso. Portador de esquizofrenia, em 2001 foi encaminhado ao Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Durante pouco mais de três anos recebeu tratamento em um hospital psiquiátrico de Belo Horizonte, e, após a internação, mudou-se para uma pensão, onde continuou sendo atendido pelo programa. Em 2007, completou a recuperação e foi liberado, por não ser mais considerado perigoso. Hoje, J. tem um emprego, tem onde morar, e tem amigos. A partir do tratamento e do acesso à cidadania, foi possível a reinserção social de um portador de sofrimento mental que poderia ter terminado excluído da sociedade [...].²³⁵

2º caso: [...] Há quase três anos, Daniel Dias de Moura é atendido pelo PAI-PJ. Condenado pelo assassinato de sua companheira, Daniel Moura passou 10 anos preso no sistema penitenciário, quando foi encontrado pela equipe do PAI-PJ. Há quatro meses, o juiz autorizou a sua liberação para receber o acompanhamento oferecido pelo programa, em regime ambulatorial. Hoje, Daniel Moura dorme em um albergue e vai todos os dias à Casa PAI-PJ, além de freqüentar o Centro de Convivência do Bairro Padre Eustáquio.[...].²³⁶

3º caso: [...] Já para o paciente Ronildo de Souza Pereira, o tratamento oferecido pelo PAI-PJ tem dado incentivo para começar uma nova vida. Ele se encontrava internado em um hospital psiquiátrico e foi encaminhado pelo juiz para ser atendido pelo

²³⁴ **PAI-PJ. Justiça em questão.** Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=85DuccX3xO4>> Acesso em: 07 maio 2011.

²³⁵ **PAI-PJ é destaque nacional.** Disponível em: <<http://www.direito2.com.br/tjmg/2003/ago/5/pai-pj-e-destaque-nacional>> Acesso em: 07 maio 2011.

²³⁶ **PAI-PJ é destaque nacional.** Disponível em: <<http://www.direito2.com.br/tjmg/2003/ago/5/pai-pj-e-destaque-nacional>> Acesso em: 07 maio 2011.

programa. Após iniciar seu tratamento, Ronildo Pereira voltou a morar com sua família e realiza trabalhos domésticos. [...].²³⁷

Finalizo o capítulo com esses casos concretos encontrados na *internet* que demonstram o quanto eficaz tem se mostrado o projeto, além da certeza de uma mudança de conceitos, valores e opinião sobre os indivíduos que cometem crimes e sofrem de transtorno mental é fundamental para que esses cidadãos sejam reinseridos no convívio social e tenham respeitados seus direitos como qualquer cidadão brasileiro.

²³⁷ **PAI-PJ é destaque nacional.** Disponível em: <<http://www.direito2.com.br/tjmg/2003/ago/5/pai-pj-e-destaque-nacional>> Acesso em: 07 maio 2011.

CONCLUSÃO

Ao indivíduo, portador de transtorno mental que comete um delito é reservado a Medida de Segurança, que com base na sua periculosidade tem o objetivo de prevenir futuros delitos. Com esse entendimento é que a este Instituto é atribuído o caráter preventivo e desde a sua criação muito se discutiu sobre sua forma de atuação e seus reais resultados, ou seja, se em algum momento o Instituto conseguiu atingir sua finalidade.

Um fato é que a loucura, durante muitos séculos, foi motivo de segregação de muitos que apresentavam alguma forma de transtorno mental, quer cometessem delito ou não. O olhar da sociedade sobre esses indivíduos sempre foi de repúdio e como consequência desse repúdio e diante da necessidade de encontrar uma explicação é que, por muitos séculos, o doente mental foi considerado até mesmo como um possuído por espíritos malignos, o que o levou a sofrer as mais diversas atrocidades.

Quando o indivíduo deixou de ser visto como possuído e passou a ser visto como um doente, ironicamente, esse foi o grande momento do surgimento do que parecia ser a solução, os manicômios. O louco deixou de conviver com vagabundos, prostitutas e mendigos e passou a ter um lugar seu, sendo-lhe destinado tratamentos especiais como os aparelhos de coação, por exemplo, porém ainda era visto como um degenerado.

Em um momento de luz, já no final do século XVIII, as doenças passaram a ser explicadas com algum desarranjo de funções psíquicas ou mentais e se entendeu que os indivíduos, mesmo institucionalizados deveriam ser “estudados”, observados e separados por patologia.

O surgimento da psiquiatria como especialidade médica parecia ser a chance do louco ser visto como um indivíduo doente que, como os demais doentes, necessitava de um tratamento médico adequado. A medicalização da loucura parecia a solução, porém essa medicalização continuou acompanhada da segregação, que tanto para a família como para a sociedade era a melhor alternativa. Afinal, longe dos tidos como normais estes estariam a salvo de qualquer agressão, física, moral ou social.

Especificamente o louco infrator tinha um destino mais cruel. O que fazer com esse indivíduo? O Estado, alheio a isso e querendo se mostrar presente criou o manicômio judicial, afinal os loucos delinquentes não podiam ficar perto dos loucos apenas loucos. A verdade é que nem os loucos apenas loucos e muito menos os loucos delinquentes eram tratados como gente, como pessoas que possuíam direitos e deveriam ser alvo de políticas públicas que lhes resgatasse a cidadania perdida devido ao sofrimento mental que era acometido e também do longo período de segregação aos quais muitos eram submetidos. Dessa realidade surgiu um grito que buscava ajuda para aqueles que durante seus tratamentos perdiam toda a dignidade. A esse grito se deu o nome de Reforma Psiquiátrica ou movimento antimanicomial.

A proposta mais inovadora do movimento era a extinção dos leitos psiquiátricos de forma gradativa e sua substituição por serviços alternativos. Após longo tempo de espera foi editada a Lei nº 10.216/2001, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica, que chegou ao ordenamento jurídico cheia de falhas e lacunas. Seria apenas a extinção dos leitos psiquiátricos a solução para os doentes mentais? Onde entram os doentes mentais infratores uma vez que o Código Penal Brasileiro acredita que com meia dúzia artigos pode apresentar tratamento e dar suporte para algo tão complexo?

A verdade é que, deixando de lado os loucos apenas loucos, que não são alvo de políticas públicas adequadas e não recebem do sistema de saúde o tratamento digno, o louco infrator ficou muito mais sem amparo do que antes. Digo isso porque ao longo dos anos a medida de segurança nunca conseguiu de fato atingir seu objetivo de prevenir e curar. Como curar um indivíduo que é esquecido e isolado? Ao longo dos anos nem se lembrava que esses indivíduos existiam, pois sua institucionalização já apresentava uma falsa segurança para a sociedade, afinal, estando segregados não cometeriam novos delitos.

Atualmente esse cenário tem se modificado a passos lentos. Começam a se levantar questões sobre a falência da medida de segurança, seu prazo indeterminado e seu objetivo que não é atingido por falta de estrutura do poder público e de parcerias que possam oferecer o mínimo necessário para o tratamento adequado.

O primeiro paciente judiciário do Brasil ficou 51 anos institucionalizado e morreu recentemente, na década de 80, infinitamente mais louco do que quando foi

segregado. Não tinha ninguém por ele, era um sem teto, sem família e tinha cometido crimes bárbaros. Era alguém que no momento que deixasse de existir seria melhor para a sociedade e para o Estado. Pouco se falou de sua morte, nesse tempo, a Reforma Psiquiátrica ainda ganhava campo e não era muito bem vista por muitos.

Já na década de 90 o Caso Damião Ximenes Lopes tinha tudo para ser mais um no caso de loucos apenas loucos que morrem em virtude de maus tratos. Não havia um olhar jurídico e social destinado a esses indivíduos. Mas a voz da família, inconformada com a morosidade da justiça e a prevalência dos que tem poder em detrimento dos que não tem, gritou fora do Brasil e a Corte Interamericana de Direitos Humanos ouviu esse grito e, mesmo sem o esgotamento das vias internas, o acatou.

Essa decisão histórica – a condenação do Brasil no caso Damião Ximenes Lopes - nos leva a refletir sobre como nosso país tem tratado o portador de sofrimento mental. Não se pode ignorar que ainda existem mitos e tabus por parte da sociedade, principalmente no reconhecimento desses indivíduos como sujeito de direitos. A sentença da CIDH além de determinar que o Brasil pague indenizações aos familiares, apontou que o Estado brasileiro deve continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental.

O mais importante desse caso é refletirmos sobre o que precisa ser feito para que todas as pessoas portadoras de transtorno mental, independente do cometimento de delitos, tenham sua cidadania resgatada e possuam o direito de, dentro das peculiaridades da doença que porta, ter uma vida o mais “normal” possível. A mente, seja ela sã ou não, é um universo infinito, cheio de mistérios e ensinamentos a nos transmitir. Quando conseguirmos olhar o diferente sobre outra perspectiva, conseguiremos proporcionar aos tidos como “loucos” uma chance de conviverem e serem tratados de forma digna.

Este estudo pôde constatar que a realidade do portador de transtorno mental que comete delito no Distrito Federal é ilustrativa da discussão apresentada sobre o tratamento inadequado dado aos inimputáveis. Embora o Distrito Federal apresente algumas diferenças positivas em relação ao restante do país, ainda está longe de promover uma verdadeira reinserção social. Aqui a segregação ainda é a alternativa mais procurada e para agravar a situação na capital do país não existem sequer residências terapêuticas oferecidas pelo sistema

de saúde e muito menos um local adequado para abrigar os indivíduos portadores de transtorno mental que cometeram um delito. A ATP, como é conhecida a Ala de Tratamento Psiquiátrico, é um presídio que não está disfarçado, pois suas grades, cercas elétricas e cadeados denunciam a incompatibilidade com os disposto no Código Penal e com a Reforma Psiquiátrica. As instalações são provisórias há mais de 10 anos e seus pequenos espaços não contribuem para uma melhora em nenhum quadro patológico, afinal 95 internos para 13 celas é algo difícil de imaginar.

Este trabalho também tinha por objetivo mostrar que a justiça pode estar em sintonia com a Luta Antimanicomial. Para tanto, apresenta uma proposta inovadora que deve inclusive resgatar a imagem da Medida de Segurança. É o que aconteceu e que continua dando certo em Belo Horizonte/MG com a criação, pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ – que tem trazido resultados extremamente positivos não só para os indivíduos portadores de transtorno mental que cometem crimes como para a sociedade e para o próprio Estado.

O programa, com apenas 10 anos de existência, apresenta números satisfatórios por demais, afinal ao longo desse tempo um índice de reincidência abaixo de 2% é algo quase inacreditável, principalmente por se tratar de pessoas vistas, de uma maneira geral, como irrecuperáveis. Acredito que um resultado tão positivo só pode ser fruto de um envolvimento amplo entre o Estado, a família e sociedade.

O TJMG apresentou, em uma entrevista, um vídeo que ao apresentar o PAI-PJ assim dizia: “Com o comprometimento dos diversos autores envolvidos, a loucura é capaz de ensinar ao direito uma gama variada de possibilidade do ser humano, que deve ser tratado com respeito e dignidade, com o exercício dos direitos e a garantia de acesso aos serviços básicos de saúde e assistência social.”

Concluo o trabalho transcrevendo dois trechos das palavras da Coordenadora do PAI-PJ: “[...] Para Fernanda Otoni, os crimes cometidos pelos pacientes são uma solução ao sofrimento mental, consequência de um estado de abandono social e de ausência de inserção nas políticas públicas de atenção à saúde mental. "Em todos os casos, houve um sofrimento anunciado que não foi escutado quando essas pessoas manifestaram seu

transtorno e não receberam qualquer tipo de intervenção. Para esses cidadãos, o crime foi o último recurso, uma forma de inserção", afirma.²³⁸

E mais: “[...] A dignidade humana não é algo dado é algo conquistado. E não podemos recuar quando em algum lugar ela se apresenta ameaçada. Esse compromisso diz respeito a cada um de nós, participantes desse debate. Às vezes escutamos vozes, no coração da inconfidência mineira que nos alerta: Liberdade ainda que tardia. Será delírio... Bem, sabemos que um sonho, um delírio produzido coletivamente perde sua estranheza e se reverte em obra. Liberdade ainda que Tam-Tam é a voz que nos trouxe até aqui para que possamos a partir desse rumo imperativo construir uma obra capaz de inserir a diferença no espaço público, uma nova ordem social, solidária e plural.”²³⁹

²³⁸ **PAI-PJ é destaque nacional.** Disponível em:< <http://www.direito2.com.br/tjmg/2003/ago/5/pai-pj-e-destaque-nacional>> Acesso em 07 maio 2011.

²³⁹ OTONI, Fernanda. **Um programa de atenção ao louco infrator.** Disponível em: <carceraria.tempsite.ws/.../4e8330439b0d639375735e5aef645e6c.doc> Acesso em 07 maio 2011.

REFERÊNCIA:

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

A história da lobotomia. Disponível em: <http://www.cerebromente.org.br/n02/historia/lobotomy_p.htm> Acesso em 18 mar 2011.

A história da terapia por choque na psiquiatria. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/shock.htm#cerletti>>. Acesso em 18 mar 2011.

As contradições das Medidas de Segurança no contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Revista de Direito UPIS, ano. I, v. 01, nº 1, janeiro de 2003, p. 97-111. Disponível em: <http://www.upis.br/revistadireito/rev_dir_voll.pdf> Acesso em 16 abr 2011.

ALVES, Roque de Brito. **Ciúme e crime. Crime e loucura**. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

AMARANTE, Paulo (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz, 1994.

A eficácia jurídica das decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos: caso Damião Ximenes Lopes. Disponível em: <http://www.fa7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/A_EFICACIA_JURIDICA_DAS_DECISOES_DA_CORTE_INTERAMERICANA_DE_DIREITOS_HUMANOS.pdf> Acesso em 15 maio 2011.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz, 1996.

BETTIOL, Guisepppe. **Direito penal**. Campinas: Red Livros, 2000.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e ao métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.

BRUNO, Aníbal. **Perigosidade Criminal e Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: Editora Rio. 1977.

Brasil começa a cumprir a sentença da Corte Interamericana no caso Ximenes. Disponível em: <<http://global.org.br/programas/brasil-comeca-a-cumprir-sentenca-da-corte-interamericana-no-caso-damiao-ximenes>> Acesso em: 15 abr 2011.

Bienvenidos. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Disponível em: <<http://www.corteidh.or.cr/index.cfm>> Acesso em 14 abr 2011.

Caso Damião Ximenes Lopes. Disponível em: <http://www.ongprojetocidam.org.br/index.php?id_pagina=376> Acesso em: 14 abr 2011.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal: parte geral**. 8ª.ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

Corte da OEA condena Brasil pela morte de portador de transtorno mental. Disponível em: <http://osm.org.br/osm/corte-da-oea-condena-brasil-por-morte-de-portador-de-transtorno-mental/> Acesso em 15 abr 2011.

Corte Interamericana de Direitos Humanos. Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006. Disponível em: http://www.ongprojetocidam.org.br/arquivos_upload/scx.htm Acesso em:15/04/2011.

CAPELA, Fábio Bergamin. **Pseudo-evolução do Direito Penal.** Jus Navigandi, Teresina, ano 7, n. 55, 1 mar. 2002. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/2795>. Acesso em: 12 fev. 2011.

Convívio ou reclusão: em debate o fim dos manicômios e a reforma psiquiátrica. Disponível em: http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=150&Artigo_ID=2143&IDCategoria=2197&reftype=1. Acesso em 22 mar 2011.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Disponível em <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/cap1.htm> Acesso em: 09 mar 2011.

CARRARA, Sérgio Luiz. **A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil.** Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v20n1/04.pdf> Acesso em 10 abr 2011.

COSTA, Jurandir Freire. **A história da psiquiatria no Brasil.** 3ª ed. Rio de Janeiro. Editora: Campus LTDA,1980.

Caso Damião Ximenes – casa de repouso e médicos são condenados. Disponível em: [http://www.varjotaemdestaque.com/paginas/menu%203d/noticias/todas%20as%20noticias/Caso%20Damio%20Ximenes%20-%20varjota%20-20Casa%20de%20Repouso%20e%20medicos%20sao%20condenados%20-%20\(02_04_2010\)/damiao%20ximenes%20de%20Varjota.html](http://www.varjotaemdestaque.com/paginas/menu%203d/noticias/todas%20as%20noticias/Caso%20Damio%20Ximenes%20-%20varjota%20-20Casa%20de%20Repouso%20e%20medicos%20sao%20condenados%20-%20(02_04_2010)/damiao%20ximenes%20de%20Varjota.html) Acesso em 15 abr 2001.

Eletrochoque. Disponível em: <http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-21/questoes-mentais/eletrochoque>.> Acesso em 18 mar 2011.

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

FIGUEIREDO, Gabriel. **O príncipe e os insanos.** São Paulo. Editora Cortez, 1998.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de Direito Penal: Parte Geral.** 13. Ed. Rio de Janeiro: Forense. 1991.

FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. [tradução Dante Moreira Leite]. São Paulo. Editora Perspectiva S. A. 2007.

[Home Page] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929>. Acesso em 22 mar 2011.

Información historia. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Disponível em: <<http://www.corteidh.or.cr/historia.cfm>> Acesso em 14 abr 2011.

Febrônio Índio do Brasil. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Febr%C3%B4nio_%C3%8Dndio_do_Brasil> Acesso em 13 abr 2011.

Febrônio Índio do Brasil, o Filho da Luz. Disponível em: <<http://www.folhadodelegado.jex.com.br/casos+policiais+misteriosos+/febronio+indio+do+brasil+o+filho+da+luz>> Acesso em: 13 abr 2011.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica**. 2008. 133f. Dissertação. Brasília: ESMPU.

MARÇAL, Paulo Rennes Ribeiro. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

MARQUES, José Fredereico. **Tratado de direito penal**. Campinas: Millennium, 2002.

Movimento Antimanicomial. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Movimento_antimanicomial> Acesso em: 21 mar 2011.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal: parte geral: parte especial**. 4ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

OTONI, Fernanda. **Um programa de atenção ao louco infrator**. Disponível em: <carceraria.tempsite.ws/.../4e8330439b0d639375735e5aef645e6c.doc> Acesso em: 07 maio 2011.

O movimento da antipsiquiatria no Brasil. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/legislacao/psiquiatria_hospitalar_revista_pag04.htm> Acesso em 22 mar 2011.

O Caso Damião Ximenes, o primeiro contra o Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos, será decidido entre os dias 3 e 4 de julho, na Costa Rica. Disponível em: <<http://global.org.br/programas/o-caso-damiao-ximenes-o-primeiro-contra-o-brasil-na-corte-interamericana-de-direitos-humanos-sera-decidido-entre-os-dias-3-e-4-de-julho-na-costa-rica/>> Acesso em 15 abr 2011.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense: civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003.

PAI-PJ é destaque nacional. Disponível em: <<http://www.direito2.com.br/tjmg/2003/ago/5/pai-pj-e-destaque-nacional>> Acesso em: 07 maio 2011.

PAI-PJ. Justiça em questão. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=85DuccX3xO4>> Acesso em: 07 maio 2011.

PAI-PJ. Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário. Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html> Acesso em: 16 abr 2011.

PAI-PJ será estendido ao menor infrator. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias/2111048/pai-pj-sera-estendido-ao-menor-infrator>> Acesso em 07 maio 2011.

Poder Judiciário da União. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Vara de Execuções Penais-TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/trib/vep/vep_estPenais.asp> Acesso em 09 maio 2011.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas.** 2ª ed. Rio de Janeiro. Editora: 34, 1994.

_____. **O século dos manicômios.** 1ª ed. São Paulo. Editora. 34, 1996.

Porque acabar com os manicômios? Disponível em: <<http://www.ifb.org.br/manicomios.php>> Acesso em 09 abr 2011.

PRADO, Luiz Régis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: parte geral.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

Quem foi Franco Basaglia. Disponível em: <http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.php> Acesso em: 21 mar 2011.

RAMOS. André de Carvalho. **Reflexões sobre as vitórias do caso Damião Ximenes.** Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2006-set-08/reflexoes_vitorias_damiao_ximenes> Acesso em 07 maio 2011.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental no Brasil.** São Paulo. Editora: Arte & Ciência, 1999.

Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em 22 mar 2011.

Reforma Psiquiátrica e Medidas de Segurança. Disponível em: <<http://jusvi.com/artigos/29374>>. Acesso 22 mar 2011.

SERRA, Maria Zélia da Silva Rocha. **Saúde mental: uma década de desafios.** Revista de Saúde Mental do Distrito Federal, v. 8, suplemento 1, 1997.

TELES, Ney Moura. **Direito Penal.** 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas S. A, 2006.

TOLEDO, Francisco de Assis. **Princípios básicos de direito penal**. 5ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

TJCE fornece informações sobre o caso Damião à Advocacia Geral da União e ao Itamaraty. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias/2054640/tjce-fornece-informacoes-sobre-caso-damiao-a-advocacia-geral-da-uniao-e-ao-itamaraty>> Acesso em 04 maio 2011.

TUNDIS, Silvério Almeida. COSTA, Nilson do Rosário (organizadores). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7ª ed. Rio de Janeiro. Editora: Vozes, 2001.

WUNDERLICH, Alexandre. **Os casos de Pierre Rivieri e Febrônio Índio do Brasil como exemplos de violência institucionalizada.** Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1013>>. Acesso em 13 abr 2011

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro: parte geral**. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

Brasil. Decreto Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del2848compilado.htm>> Acesso em 10 nov.2010.

Brasil. Artigos 8º e 9º c/c 100 e 174 art. 172 da Lei nº 7210, de 22 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L7210compilado.htm>>. Acesso 10 nov. 2010.

Brasil. Art. 97, § § 1º e 2º do Decreto Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del2848compilado.htm>> Acesso em 10 nov. 2010.

III Seminário de políticas sociais e cidadania. Reorientação dos hospitais de custódia e tratamento. Disponível em: <http://www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao4/109.pdf> Acesso em: 15 abr 2011.