



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS
Curso de Bacharelado em Direito

RAIANI RODRIGUES DE CARVALHO

**OS LIMITES ÉTICOS E JURÍDICOS DAS INTERNAÇÕES EM INSTITUIÇÕES
TOTAIS: UMA ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA
NO BRASIL**

**BRASÍLIA
2020**

RAIANI RODRIGUES DE CARVALHO

**OS LIMITES ÉTICOS E JURÍDICOS DAS INTERNAÇÕES EM INSTITUIÇÕES
TOTAIS: UMA ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA
NO BRASIL**

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientador(a): Professora Carolina Costa Ferreira

**BRASÍLIA
2020**

RAIANI RODRIGUES DE CARVALHO

**OS LIMITES ÉTICOS E JURÍDICOS DAS INTERNAÇÕES EM INSTITUIÇÕES
TOTAIS: UMA ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA
NO BRASIL**

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientador(a): Professora Carolina Costa Ferreira

BRASÍLIA, _____ DE _____ DE 2020

BANCA AVALIADORA

Professor(a) Orientador(a)

Professor(a) Avaliador(a)

OS LIMITES ÉTICOS E JURÍDICOS DAS INTERNAÇÕES EM INSTITUIÇÕES TOTAIS: UMA ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL

Raiani Rodrigues de Carvalho¹

Resumo: O presente trabalho de conclusão de curso tem por objetivo analisar os limites éticos e jurídicos das internações em “manicômios judiciários”, demonstrando os conflitos existentes entre as internações compulsórias prolongadas e o ordenamento jurídico. A partir do conceito de instituições totais de Erving Goffman, da noção de periculosidade de Michel Foucault, este trabalho analisa o modo como as pessoas portadoras de transtornos mentais que cometeram crimes são tratadas. Pretende-se para este fim, primeiramente analisar o instituto da medida de segurança no Brasil, a sua natureza jurídica, requisitos, finalidade, especialmente sobre a sua duração. Para cumprir tal propósito foi preciso traçar uma comparação entre as penas privativas de liberdade, que tem marco inicial e final da execução fixados, e a duração indeterminada da medida de segurança. Para entender em que medida a Lei N° 10.216/2001 está sendo cumprida no Brasil, foram analisadas através do livro Holocausto Brasileiro, de autoria de Daniela Arbex, as internações que ocorreram no Hospício Hospital Colônia, localizado em Barbacena, Minas Gerais, assim como as internações em Hospitais de Custódia atuais. O objetivo é demonstrar a necessidade de mudanças na legislação brasileira, e a construção de um modelo de instituição que seja efetivo para atingir os objetivos da medida de segurança, mas que também forneça garantias de direitos aos inimputáveis. A metodologia utilizada é a análise qualitativa, por meio de revisão de literatura.

Palavras-chave: Manicômios. Tratamento. Internação. Instituição Total. Inimputável. Periculosidade.

Sumário:

Introdução. 1. O surgimento dos manicômios judiciários. 1.1. O surgimento dos manicômios judiciários no Brasil. 2. Medidas de Segurança. 2.1 Diferenças entre Pena e Medidas de Segurança. 2.2 A ausência de determinação máxima das Medidas de Seguranças. 3. As

¹ Bacharelada em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília. raiani.carvalho@sempreceub.com

internações em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. 3.1 Holocausto Brasileiro. 3.2 A Casa dos Mortos. 4. A incompatibilidades das internações em Hospitais de Custódia com os princípios e direitos constitucionais. 4.1 Reforma Psiquiátrica versus a Realidade das Internações nos Hospitais de Custódia. 4.2 Mapeamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos Brasileiros. 5. Considerações finais. Referências.

Introdução.

Infelizmente, pessoas portadoras de transtornos mentais são segregadas da sociedade; sendo elas infratoras, a exclusão se acentua, e o resultado são as internações compulsórias prolongadas em manicômios judiciários. O presente artigo científico visa apontar os limites éticos e jurídicos das internações nestas instituições, sejam elas Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou Alas de Tratamento Psiquiátrico. Para tratar da situação dos internados, foi utilizado a perspectiva de Erving Goffman, que classifica manicômios e prisões como instituições totais.

O trabalho desenvolvido tem como objetivo geral analisar os conflitos existentes entre os direitos e garantias fundamentais dos internados e a internação prolongada. Dessa forma a pergunta crucial do presente artigo é: Em que medida a Lei Nº 10.216/2001 está sendo cumprida no Brasil? Para responder tal questionamento pretende-se, primeiramente traçar uma linha cronológica do surgimento dos manicômios judiciários até a atualidade, ressaltando a luta antimanicomial.

Posteriormente foi analisado o instituto da medida de segurança no Brasil, a sua natureza jurídica, espécies, especialmente sobre a sua duração, uma vez que inexistente previsão expressa no ordenamento jurídico brasileiro de prazo máximo de permanência, o que torna as internações compulsórias verdadeiras penas perpétuas.

Nesse sentido, o trabalho também consiste em confrontar os entendimentos firmados pelos Tribunais Superiores acerca da lacuna do limite máximo de duração dessa medida. Para cumprir tal propósito foi preciso traçar uma comparação entre as penas privativas de liberdade, e a medida de segurança.

Para expor que os Hospitais de Custódia representam um problema social existente a mais de um século, foi analisado as violações aos direitos constitucionais que ocorreram no Hospício Hospital Colônia e as violações atuais, utilizando o documentário “A Casa Dos

Mortos” e o Censo demográfico dos Hospitais de Custódia, ambos feitos pela professora Débora Diniz. E por fim, para agregar ao tema foi incluída uma entrevista, realizada em 2016, com a Delegada de Polícia Civil, Dra. Deuselita Pereira Martins, diretora da unidade na época da Ala de Tratamento Psiquiátrico de Brasília

As diversas violações jurídicas e as controvérsias tornam os hospitais de custódia uma modalidade de exceção no que diz respeito às garantias e direitos, motivo pelo qual merecem ser estudadas. O cerne da discussão neste trabalho é a necessidade de se encontrar um modelo de instituição que seja efetivo para atingir os objetivos da medida de segurança, e que ao mesmo tempo resguarde os direitos e garantias dos internados.

1. O Surgimento dos manicômios Judiciários

Na Antiguidade, a medicina não era capaz de classificar as doenças e deficiências mentais, não existia tratamento médico adequado. Desta forma as condutas que eram consideradas desviantes eram punidas com a morte ou associadas a poderes divino (SCHINDLER, 2016).

Devidos a necessidade de classificar os doentes mentais e da ausência de normas que fixassem condutas a serem adotadas diante de desvios de comportamento, surgiram em Roma Antiga os primeiros fundamentos de repressão aos doentes mentais, normas que segregavam os indivíduos classificados como loucos perigosos, os afastando da sociedade e os mantendo em casas de custódia (SCHINDLER, 2016).

A primeira alusão à medida de segurança surgiu com os jurisconsultos romanos, através do julgamento de um indivíduo que havia assassinado a própria mãe, ele foi sentenciado por Marco Aurélio e Lucius Verus, e a sentença determinou que ele fosse acorrentado, não para puni-lo, mas como uma forma de prevenção, em virtude de sua segurança e da sociedade.

Com o tempo, a compreensão sobre tratamento dos doentes mentais foi se modificando, devido ao progresso da medicina e a influência da escola positiva, não bastava segregar estes indivíduos, era preciso controlar seus atos. Então, no século XVIII, surgiu na Inglaterra o primeiro manicômio judiciário, devido um atentado contra a vida do Rei Jorge III, o responsável pela tentativa de homicídio foi declarado louco, absolvido da pena e internado em uma seção especial do manicômio de Bedlem, por prazo indeterminado (SIMONETTI, 2006, apud CORREIA, 2009).

Bedlem foi a primeira instituição a receber os loucos criminosos, porém as condições eram precárias, surgindo então um projeto de manicômio criminal, que seria designado exclusivamente à internação de pessoas com transtornos mentais que cometessem crimes, surgindo em 1.863, na Inglaterra a Prisão Especial de Broadmoor (SIMONETTI, 2006, apud CORREIA, 2009).

Na Inglaterra também foram criadas as primeiras normas de tratamento psiquiátricos para os doentes mentais infratores, estas normas eram conhecidas como Criminal Lunatic Asylum e Trial of Lunatic Act, elas apontavam os critérios de internação nos manicômios (CORREIA, 2009).

A terminologia manicômio criminal foi substituída por manicômio judiciário, que posteriormente foi modificada para Hospital Psiquiátrico Judiciário.

1.2. Surgimento dos manicômios judiciários no Brasil

No Brasil os manicômios judiciários foram fundados no país a partir da segunda década do século XX, em decorrência da necessidade de internação “dos loucos e criminosos”. “Em 1.890, o Código Penal Brasileiro decretava apenas que os loucos eram penalmente irresponsáveis e deveriam ser contidos por suas famílias ou internados em hospícios públicos, a decisão de cada caso era subjetiva ao juiz” (CARRARA, 2010). Então, com o surgimento do Decreto 1.132 de 22/12/1903, ficou proibido manter pessoas com transtornos mentais em cadeias públicas juntamente com os criminosos, estabelecendo que cada estado deveria buscar recursos financeiros para construir manicômios judiciários e que enquanto isso, os criminosos portadores de transtornos mentais deveriam ficar em anexos dos asilos públicos, separados dos demais presos. O decreto de 1.903 impulsionou a construção de um anexo destinado aos acusados com transtorno mental, no Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, que ficou conhecida como Seção Lombroso (CARRARA, 2010).

Seção Lombroso, em homenagem ao psiquiatra e antropólogo criminal italiano César Lombroso que, em finais do século XIX, notabilizou-se por desenvolver uma teoria segundo a qual alguns indivíduos, a quem designa de "criminosos natos", nasceriam com uma marcada tendência para o mal (CARRARA,2010, p.17).

Porém, devido a suas inúmeras falhas, a Seção Lombroso foi extinta, dando espaço para a criação do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil e da América Latina, localizado no Rio de Janeiro, inaugurado em 1.921. Onde os juízes passaram a julgar levando em conta não só o ato criminoso em si, mas também todo o quadro mental do acusado (CARRARA,2010).

Em 1.986, no Brasil, o manicômio judiciário passou a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, termo que tenta passar a sensação de tratamento e reabilitação dos doentes mentais de uma forma confiável. Através da medida de segurança, os indivíduos são mantidos nestas instituições (CARRARA,2010). Com os Hospitais de Custódia, surge diversas reflexões sobre a criminalidade e a loucura, sobre como o crime poderia ser considerado consequência de um transtorno psicológico.

2. Medidas de Segurança

No Brasil, antes da reforma penal prevalecia o sistema duplo binário, que permitia a aplicação da pena seguida da execução de uma medida de segurança, ou seja, o indivíduo recebia duas penalidades pelo mesmo fato praticado. O Código Penal de 1.940 previa expressamente em seu artigo 78, os indivíduos que eram presumidamente perigosos. Dessa forma a prática de uma conduta prevista como crime e a periculosidade do agente, eram pressupostos para aplicação da medida de segurança.

Até que em 1.984, através da Lei 7.209 ocorreu a reforma da parte geral do Código Penal, estabelecendo então o sistema vicariante, que proíbe a aplicação cumulativa da pena e da medida de segurança. O fundamento da medida de segurança passou a ser a consequência de um ato ilícito cometido por um inimputável.

Imputabilidade é um termo utilizado pelo Direito Penal quando existe a possibilidade de atribuir a alguém a autoria e a responsabilidade de um crime, ou seja, quando alguém é imputável, é inteiramente capaz de entender o caráter ilícito de sua ação, na época do crime. Se a capacidade é parcial, o indivíduo é parcialmente capaz de entender o crime que praticou, sendo assim semi-imputável. Agora se a capacidade for nula, o indivíduo é totalmente incapaz de compreender a ilicitude do fato que praticou, sendo ele inimputável será isento de pena, mas será imposta a medida de segurança (BRASIL, 1940).

O Código Penal, em seu artigo 26, elenca as possibilidades de exclusão da imputabilidade, que são doença mental; desenvolvimento mental incompleto ou retardo; menores de 18 anos; embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior. Porém, só é submetido a medida de segurança, em substituição à pena privativa de liberdade, o agente que devido sua doença ou retardo mental, era incapaz de entender a ilicitude do fato. (BRASIL, 1940).

Através de uma sentença absolutória imprópria, o juiz reconhece a inimputabilidade do sujeito, esta sentença é transitada e julgada, sendo ordenado a expedição de guia para execução

da medida de segurança, que deve ser cumprida através de internação compulsória em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ou submetida a tratamento ambulatorial.

2.1 Diferenças entre a Pena e as Medidas de Segurança

Embora a pena e a medida de segurança sejam sanções, elas se diferenciam em alguns aspectos. Primeiramente a pena é aplicada aos imputáveis enquanto que a medida de segurança é destinada aos inimputáveis.

Quanto à natureza jurídica da pena, o nosso Código Penal adota a teoria mista, portanto a natureza é retributiva e preventiva, pois pretende punir o agente por sua conduta e também visa evitar a reincidência. Já a medida de segurança tem caráter preventivo e curativo, uma vez que o propósito é terapêutico e de reinserção social. Isso porque a pena é baseada na culpabilidade do agente, enquanto que a medida de segurança se fundamenta na periculosidade, pois não é possível atribuir culpa ao inimputável.

Outro aspecto é sobre a duração da sanção penal, visto que diferente da pena privativa de liberdade, cuja execução tem marco inicial e final, a medida de segurança não possui prazo máximo expresso, é estabelecido na sentença apenas o prazo mínimo, de um a três anos, sendo a liberdade condicionada a cessação de periculosidade do agente, verificada através de exame.

Além da indeterminação temporal da sanção penal, uma outra diferença é o fato da pena ser executada em prisões, enquanto a medida de segurança é cumprida em hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos. Ambos estabelecimentos são definidos por Erving Goffman como instituições totais.

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um período considerável de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1961, P. 11).

2.2 A Ausência de Determinação Máxima das Medidas de Segurança

Uma das características da medida de segurança que causa controvérsias, é o fato de não existir previsão expressa no ordenamento jurídico brasileiro, de prazo máximo de cumprimento. Ou seja, é estabelecido na sentença apenas o prazo mínimo, de um a três anos, sendo a liberdade condicionada a cessação de periculosidade do agente, verificada através de exame.

Assim, terminando o prazo mínimo de cumprimento estabelecido em sentença, o executado é submetido a perícia médica realizada por psiquiatras, com a finalidade de verificar

a extinção da periculosidade, se for constatada a cessação e se a justiça concordar com o laudo, será determinado a desinternação condicionada. Sendo que no decurso de um ano após esta decisão, o executado será observado, se neste período ele não praticar nenhum fato indicativo de persistência de sua periculosidade, é extinta a punibilidade, porém se ocorrer o contrário a desinternação é revogada. Neste contexto, é importante refletir sobre a noção de periculosidade, de Foucault:

A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam (FOUCAULT, 2003, p. 85).

O problema da medida de segurança ser fundamentada na periculosidade do agente, é que ao contrário do que assevera Foucault, na prática é observado apenas a gravidade do delito, sendo que o certo seria a imposição de acordo com a necessidade de tratamento do acusado. E dessa forma, infelizmente o caráter punitivo se sobressai ao caráter terapêutico da medida.

E apesar do Código Penal em seu artigo 97, estabelecer como espécie de medida de segurança, a medida restritiva, onde o sujeito é submetido a tratamento ambulatorial, a conduta que em regra é aplicada ao inimputável é a internação, uma vez que o tratamento extra-hospitalar é apenas aplicado quando o delito for punível com detenção. O que lamentavelmente suscita a cultura do encarceramento em massa e vai contra a luta antimanicomial.

A lacuna do limite de duração desta medida causa discussão em nosso judiciário. O Superior Tribunal de Justiça entende que o limite máximo da medida de segurança, deve ser compatível com a pena máxima em abstrato prevista para o delito cometido. Por outro lado, o Supremo Tribunal Federal assegura que o limite máximo da duração da medida não pode ser superior ao tempo máximo de cumprimento das penas privativas de liberdade, que antes da Lei nº 13.964 de 2019, era de 30 anos.

Este impasse do judiciário e a lacuna do legislativo sobre a duração da medida de segurança resultam na longa permanência do inimputável em instituições totais, tornando as internações compulsórias verdadeiras penas perpétuas.

3. As Internações em Hospitais de Custódia

O artigo 97 do Código Penal assevera que, “se o agente for inimputável o juiz determinará sua internação”, já o artigo 99 dispõe que a internação deve ocorrer em estabelecimentos dotados de características hospitalares. No Brasil, estes estabelecimentos são

chamados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos, por disposição da Lei Nº 10.216/2001.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos fazem parte de um dos cinco agrupamentos classificados por Goffman como instituições totais. Eles seriam teoricamente destinados a cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade (Goffman, 1961, p.16-17).

Infelizmente estes estabelecimentos representam um grande problema social, pois não cumprem o papel de ressocialização, apenas segregando o inimputável, com o propósito de afastar a ideia de impunidade e de fortalecer a expectativa normativa da sociedade. Dessa forma a medida de segurança exemplifica claramente a aplicação do direito penal do inimigo, defendida por JaKobs:

O Direito Penal conhece, portanto, dois pólos ou tendências de suas regulações: a primeira é o trato como cidadão, o qual se espera até que este último exteriorize seu fato, para então, reagir de modo a validar a forma normativa da sociedade; a segunda é o trato como inimigo, que é remotamente interceptado no campo preliminar e combatido por sua periculosidade (JAKOBS, 2009, p. 14).

Mas o portador de transtorno mental que comete crime, não pode ser encarado como um inimigo que precisa ser excluído da sociedade, é preciso combater o status de criminoso louco, assim assevera Zaffaroni:

A negação jurídica da condição de pessoa ao inimigo é uma característica do tratamento penal diferenciado que lhe é dado, porém não é a sua essência, ou seja, é uma consequência da individualização de um ser humano como inimigo (ZAFFARONI, 2007, P. 21).

O fato é que as internações prolongadas resultam em grandes violações aos direitos e garantias constitucionais, transformando os loucos infratores como vítimas de descaso durante séculos, pois tais violações são infelizmente atemporais, podendo ser observadas tanto na antiguidade quanto nos dias atuais, e para contextualizar este ciclo interminável de horror, que são as internações, o presente artigo traz as violações que ocorreram no Hospício Hospital Colônia, assim como as que ocorrem na atualidade.

3.1 Holocausto Brasileiro

É exatamente esse descaso que Daniela Arbex relata em sua pesquisa sobre a história do Hospício Hospital Colônia, considerado o maior hospício do Brasil, localizado em Barbacena, Minas Gerais (ARBEX,2013). O livro recebe o nome de Holocausto devido às 60

mil mortes que ocorreram naquela instituição. Para contar esta atrocidade, Daniela utilizou como ferramenta os relatos dos pacientes sobreviventes, dos ex-funcionários da instituição e de testemunhas.

Segundo a pesquisa de Arbex, em torno de 70% dos pacientes internados não tinham diagnóstico de doença mental; a internação era uma forma de excluí-los, por não pertencerem a um padrão exigido pela sociedade.

[...] o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (ARBEX, 2013, p. 24).

Muitas dessas internações ocorriam apenas através de requisições assinadas por delegados, ou seja, muitas vezes não havia um laudo médico comprovando a patologia e orientando a internação. Uma vez dentro do Colônia, os pacientes eram submetidos a tratamentos degradáveis, despidos de qualquer resquício de dignidade. A fome e a sede eram constantes, era servido apenas três refeições diárias, isso para aqueles que estivessem nas filas do refeitório, pois os demais eram esquecidos. A quantidade de comida era mínima, a pobreza nutricional era evidente. Muitos pacientes para suprir a fome comiam insetos, e para amenizar a sede bebiam água do esgoto ou até mesmo a própria urina (ARBEX,2013).

O frio também fazia suas vítimas, pois os pacientes eram acordados às 5 horas da manhã, e ficavam no pátio da instituição independente do clima, só retornando para o interior do prédio no início da noite para dormir. A maioria pelado, pois muitos deles só tinham uma peça de roupa e quando estava suja, o jeito era ficar nu. Na hora de dormir não tinham camas suficientes, então a forma de tentar abrandar o frio era um em cima do outro, todos amontoados no chão frio e sujo (ARBEX,2013).

Não existia um tratamento individualizado, de acordo com a patologia existente, na verdade não havia nenhum critério de tratamento, e por isso o uso de eletrochoque era constante, e muitas vezes utilizado sem nenhuma finalidade terapêutica, apenas como forma de castigo ou contenção. “A carga de energia utilizada no tratamento de choque era tão intensa, que muitas vezes a energia elétrica da cidade não era suficiente para aguentar a carga e com isso muitos pacientes morriam ou ficavam com graves fraturas” (ARBEX, 2013, p. 31).

Como se não bastasse os maus tratos em vida, os cadáveres dos pacientes ainda eram fontes de lucro, pois muitos corpos eram vendidos para as faculdades de medicina, sendo que nenhum dos familiares das vítimas autorizou a comercialização dos corpos.

Em uma década, a venda de cadáveres atingiu quase R\$ 600 mil, fora o valor faturado com o comércio de ossos e órgãos. O fornecimento de peças anatômicas, aliás, dobrava nos meses de inverno, época em que ocorriam mais falecimentos no Colônia, se comparada ao período de verão. Em junho de 1971, a venda de corpos pela instituição atingiu 137 peças contra sessenta e quatro negociadas em janeiro daquele mesmo ano (ARBEX, 2013, p. 68).

Várias mortes ocorreram na instituição, de tal forma a ser torna uma coisa banal. As mortes eram oriundas de diversas causas, entre elas o frio, fome, tristeza, maus tratos, eletrochoques, resultando em um verdadeiro genocídio. “Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo – e também de invisibilidade. (ARBEX, 2013, p. 72)

O psiquiatra italiano Franco Basaglia, precursor da luta antimanicomial, visitou o Hospital Colônia em 1979, e na ocasião deu uma entrevista coletiva no qual afirmou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (BASAGLIA, 1979 apud ARBEX, 2013, p. 187).

A declarações de Basaglia deu visibilidade mundial às condições degradantes em que viviam os internos do Colônia, começaram a surgir sucessivas denúncias de maus tratos e a repercussão impulsionou as discussões a respeito da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O psiquiatra Paulo Henrique Resende Alves, sessenta e quatro anos, confirma que Basaglia foi o grande inspirador do movimento antimanicomial do país. Após a passagem do italiano pelo Brasil, a Associação Mineira de Saúde Mental, fundada por Ronaldo Simões Coelho e aberta para quem se interessasse pelo tema, ganhou força, abrindo as portas para os militantes “basaglianos”. O próprio Paulo Henrique tornou-se um militante dessa luta. Em 1981, foi eleito presidente da Associação Mineira de Psiquiatria. (ARBEX, 2013, p. 189).

Franco Basaglia teve influência ao movimento antimanicomial, pois o seu prestígio, a notoriedade do caso e as exposições dos horrores que ocorreram no Hospital Colônia, resultaram na conscientização da necessidade de melhorias nos cuidados e atenção aos portadores de transtornos mentais. Então, a sociedade começou a se mobilizar em prol do fim de manicômios, que mais tarde resultaria na Lei N°10.216, chamada de Lei Antimanicomial.

Em decorrência da luta antimanicomial, em 1980 foi aprovado um Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Aos poucos o Hospício Hospital Colônia foi sendo desativado, houve uma reestruturação física, e o local onde ele funcionava foi transformado no

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena. Visando a reinserção social do interno, foram criadas estruturas alternativas, como o hospital-dia, centros de convivência, oficinas terapêuticas e módulos residenciais.

O objetivo da reestruturação foi tentar humanizar o atendimento aos portadores de transtorno mental, e desvincula o rótulo negativo que a instituição havia recebido devido os horrores que ocorreram.

Em 2003 o Ministério da Saúde criou o programa “De Volta Para Casa”, uma das medidas propostas pelo programa era a transferências dos pacientes que sofreram longas internações psiquiátricas, para as denominadas residências terapêuticas, visando a reinserção social através de uma reabilitação psicossocial, além de uma ajuda de custo. Alguns dos pacientes do Hospital Colônia, receberam alta e foram morar nestas residências, porém nem todos tiveram a mesma sorte (ARBEX, 2103, p. 48).

Em 2011 quando Arbex iniciou a sua pesquisa sobre a história do Colônia, 190 era a quantidade de pacientes que haviam sobrevivido às barbáries das instituição, e desses pacientes, 170 ainda seguiam internados no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, porém 120 deles seriam transferidos para os módulos residenciais, que parecem casas, porém ficam no próprio terreno do hospital, os módulos é uma espécie de transição para a desinternação (ARBEX, 2013, p. 230).

Atualmente o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) ainda está funcionando, e ainda conta com 190 pacientes em regime de internação de longa permanência (Reprodução/TV BRASIL). Nas dependências da instituição também funciona o Museu da Loucura, como uma forma de tributo às vítimas das atrocidades que ocorriam no Colônia, o museu foi inaugurado em 1996, funciona através de uma parceria entre a Fundação Hospitalar do Estados de Minas Gerais e a Fundação Municipal de Cultura de Barbacena. Aqueles que visitam o museu tem a oportunidade de conhecer um pouco mais da história do Hospital Colônia.

Apesar dos esforços em negar a tragédia da qual o Colônia foi palco, o museu que se destina a contá-la é o mais visitado por turistas. Tem dimensão educativa, desafiadora, tornando-se tributo às dezenas de milhares de vítimas da lendária instituição. Suas portas incomodamente abertas são a lembrança de que a tragédia do Colônia não vai ser, novamente, esquecida. Não desta vez (ARBEX, 2013, p. 220).

É importante ressaltar que o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, não é um hospital de custódia, os internos não estão cumprindo medida de segurança, o manicômio judiciário do estado de Minas Gerais, apesar de também está localizado em Barbacena, é o Hospital Psiquiátrico e de Custódia Jorge Vaz (HPJJV). E de acordo com o Censo, a instituição contava “189 pessoas internadas, das quais 26% não deveriam estar internadas por estarem em medida de segurança com a periculosidade cessada, com sentença de desinternação, com medida de segurança extinta ou com internação sem processo judicial” (ARBEX, 2013, p. 152).

De uma forma lamentável, o nome que Arbex deu ao livro não poderia ser mais apropriado do que holocausto, pois o Colônia foi palco de umas das maiores violações de direitos humanos da sociedade, devido a omissão do Estado. A obra é de extrema importância afinal - “Arbex salvou do esquecimento um capítulo da história do Brasil. Agora, é preciso lembrar. Porque a história não pode ser esquecida. Porque o holocausto ainda não acabou” (ARBEX, 2013, p. 16).

3.2 A Casa Dos Mortos

É, lamentavelmente, a história de desprezo e de violações a direitos humanos que ocorreram no manicômio de Barbacena; porém, esta tragédia só aconteceu devido à omissão da sociedade e do Estado. E, infelizmente, esta negligência aos direitos humanos não foi um caso isolado, pois mesmo depois de mais de um século ainda é uma realidade em diversas instituições asilares, afinal é como afirma Arbex, o holocausto ainda não acabou.

Da mesma forma que as atrocidades ocorridas no Colônia foram omitidas por anos, as negligências existentes em hospitais de custódia continuam ocultas, afinal os internados cumprem a pena mais severa que poderia ser aplicada, o esquecimento!

Frequentemente vemos notícias que apontam a precariedade das prisões brasileiras, mas por se tratar de instituições ainda mais invisíveis, as ilegalidades que ocorrem nos hospitais de custódias e alas de tratamentos psiquiátricos nem sempre são noticiadas. Todavia, alguns casos de tratamento cruel e discriminatório contra o transgressor portador de transtorno mental, ainda vem à tona, através de reportagens ou documentários. Foi o que ocorreu com o documentário “A Casa Dos Mortos”, um curta-metragem brasileiro feito em 2009, cuja a direção e roteiro foram assinados pela antropóloga, pesquisadora do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e

Gêneros e professora da Universidade de Brasília, Débora Diniz. O documentário mostra a rotina interna do Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) de Salvador- BA.

O narrador do documentário é Babu, poeta e interno da instituição. Através de uma narrativa mesclada com sua poesia, Babu vai aos poucos expondo as situações vivenciadas pelos internos, como o suicídio, o ciclo incessante de internações e o caráter de perpetuidade da medida de segurança. Evidenciando as diversas violações à integridade pessoal, e às garantias judiciais (A Casa dos Mortos, 2009).

A primeira história a ser contada no documentário é do interno Jaime, descrito como usuário de drogas, estava cumprido a medida de segurança em virtude do crime de homicídio, e dois meses após sua segunda internação, teria praticado novamente homicídio contra um de seus colegas da instituição. Cinco dias após a entrevista para o documentário Jaime cometeu suicídio, por meio de asfixia (A Casa dos Mortos, 2009).

O longa-metragem também mostra a história de Antônio, reincidente, é possível verificar o estado acentuado de seu transtorno mental, ao ponto de não conseguir nem mesmo formular frases com nexos.

Igualmente é exibido o caso de Almerindo, internado devido sentença absolutória imprópria, cujo fato delituoso imputado foi de lesão corporal leve, previsto no artigo 129, caput do Código Penal. Almerindo foi internado provisoriamente no dia 02 de novembro de 1981, o laudo que atestava a sua imputabilidade foi realizado apenas em 12 de maio de 1982, sendo que a sentença de medida de segurança foi proferida em 1984, impondo a internação por um período mínimo de 2 (dois) anos. Dessa forma, se o documentário foi realizado em 2009, e ele ainda estava internado, quer dizer que estava a quase 30 anos internado por um crime de lesão corporal leve, cuja a pena é de detenção, de três meses a um ano. (A Casa dos Mortos, 2009). E o pior é que ele poderia ter sido submetido apenas ao tratamento ambulatorial, não precisava nem ficar internado, conforme assegura o artigo 97 do Código Penal: “Se o agente foi inimputável, o juiz determinará sua internação. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”. (BRASIL, 1940)

É inacreditável que isso realmente tenha acontecido, o caso de Almerindo personifica o total descaso e extrema violação à dignidade em que os internos são submetidos, evidencia o caráter muitas perpétuo da medida de segurança.

Devido ao prolongado tempo de internação, Almerindo perdeu totalmente o contato com a família, é perceptível a sua total incapacidade de entendimento, ele nem ao mesmo consegue lembrar a sua identidade. Durante o documentário ao ser questionado pela enfermeira quem era Almerindo? Ele responde que Almerindo já morreu. E o mais assombroso é que a defensora pública que aparece analisando o caso, ao constatar o total abandono do interno, impactada por tamanha omissão, concorda que ele realmente morreu, não apenas para sociedade, mas para a própria instituição, devido ao esquecimento (A Casa dos Mortos, 2009).

Os casos apontados nos fazem entender o título do documentário, “A Casa Dos Mortos”, pois diante de tantas violações aos direitos, de imenso abandono, os internos acabam se transformando em mortos, mesmo com os sinais vitais presentes. Retratando com maestria o que Goffman denomina de mortificação (GOFFMAN, 1961 p. 25), pois ao entrar nestas instituições o sujeito perde a sua identidade, perde algo que é inerente da sua condição de ser humano, a dignidade. E mesmo vivos, não estão mais vivendo, apenas existindo, na realidade nem isso, pois diante de tamanha invisibilidade tornam - se apenas um número nas estatísticas das instituições totais. É como Babu finaliza o documentário: “dentro da casa dos mortos o destino é o de sempre, o fundo, a solidão e a morte.” (A Casa dos Mortos, 2009).

O mais triste é que estes casos não são excepcionais, existem muitos Jaimes, Antonios e Almerindos em instituições totais, igualmente vítimas de um sistema falido. Situações como estas nos revelam que mesmo se passando mais de um século, pouco coisa mudou, uma vez que o tratamento cruel e discriminatório aplicados aos internos do Hospital Colônia, ainda é o mesmo, se compararmos com o tratamento oferecido no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) de Salvador- BA, em outros termos, a incapacidade de preservação dos direitos e garantias individuais dos internados, a ineficácia terapêutica, assim como a incompetência em cumprir com papel de ressocialização, ainda são as mesmas.

4. A Incompatibilidade das Internações em Hospitais de Custódia com os Princípios e Direitos Constitucionais

Todos os indivíduos são detentores de direitos e garantias expressos na Constituição, além dos princípios por ela adotada e os direitos inerentes aos tratados internacionais de que o Brasil faça parte. Dessa forma, os internos de instituições totais também são titulares desses

direitos, e por isso é preciso observar os limites éticos e jurídicos das internações, a fim de evitar aplicação de uma sanção penal, no caso a medida de segurança, de forma severa e injusta.

Quando as internações em hospitais de custódias são incompatíveis com os direitos e princípios constitucionais, ocorre a violação aos limites éticos e jurídicos. O primeiro princípio a ser violado é o da dignidade da pessoa humana, contemplado no artigo 1º, inciso III da Constituição Federal (Brasil, 1988); tal princípio é considerado princípio fundamental, norteador de interpretações normativas e fonte de direitos e garantias constitucionais. Este princípio assevera que todo o indivíduo é detentor de dignidade, independentemente de qualquer diversidade física, psicológica, intelectual ou econômica, pois ela é desinente da condição de ser humano, é um valor universal, assim os direitos existenciais que advém desse princípio devem contemplar a todos, na mesma medida. Todavia este princípio, nem sempre é respeitado e quando falamos de medida de segurança, no qual está inserido os rótulos mais repudiados pela sociedade, louco e infrator, a dignidade se torna algo utópico.

Muitos utilizam de discursos ideológicos, como: “bandido bom, é bandido morto”, “é preciso tratar mal mesmo, pois cometeu crime”, “está com dó, leva para casa”. Porém todas estas frases prontas são utilizadas como forma de propagar ideologias contra os direitos humanos, de mascarar as violações, para que elas não pareçam tão graves. Afinal, o fato de ser um infrator não exclui a dignidade de ninguém. Assim aponta Ingo Wolfgang Sarlet: “mesmo aquele que já perdeu a consciência da própria dignidade merece tê-la (sua dignidade) considerada e respeitada” (SARLET, 2001, p. 50).

É devido este tipo de ideologia contra os direitos do “louco infrator”, que os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico são da mesma forma que as prisões, verdadeiros cenários de violações aos direitos humanos. É como se dignidade fosse uma veste, e no momento em que o transgressor entra nestas instituições totais, ele se despe de sua dignidade, ficando à mercê da custódia falha do Estado.

Além de violar o princípio da dignidade da pessoa humana, as longas internações são incompatíveis com princípio da legalidade, que está previsto no artigo 5º, inciso II, da Constituição Federal, no qual infere que “ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (Brasil, 1988). Este princípio protege os indivíduos de condutas arbitrárias do Estado. A infração a tal princípio, frente à medida de segurança, ocorre devido à indeterminação do limite temporal máximo de internação, que fica condicionado à cessação de periculosidade. Visto que da mesma forma que não existe crime sem lei que o defina, o preceito

secundário da medida de segurança também deveria estar expreso. A omissão da lei quanto ao prazo máximo da internação, traz insegurança jurídica, e logo enseja em violação a garantia constitucional que proíbe penas de caráter perpétuo (art.5º, XLVII, da CF).

A medida de segurança também viola o princípio da igualdade, pois o imputável ao ser sentenciado conhece o delito e a pena a qual lhe foi atribuído, ou seja, ele sabe exatamente quanto de pena deverá cumprir. Mas o mesmo não ocorre com o inimputável, que devido à ausência temporal máxima da medida, ele não sabe quanto tempo ficará internado, a sua liberdade está condicionada a cessação de periculosidade. E se o princípio de igualdade garante que todos são iguais perante a lei e têm os mesmos direitos, o internado deveria saber o máximo de tempo que ficaria internado, da mesma forma que o apenado sabe quanto tempo ficará preso. Cezar Roberto Bitencourt (2012, p.1877) afirma:

Não resta a menor dúvida quanto à submissão das medidas de segurança ao princípio da reserva legal, insculpido nos arts. 5º, inc. XXXIX, da Constituição Federal e 1º do Código Penal, referentes ao crime e à pena. Todo cidadão tem o direito de saber antecipadamente a natureza e duração das sanções penais – penas e medida de segurança- a que estará sujeito se violar a ordem jurídico – penal, ou, em outros termos, vige também o princípio da anterioridade legal, nas medidas de segurança.

A indeterminação do tempo de internação viola também o princípio da proporcionalidade e razoabilidade, visto que a sanção penal deve ser compatível com o crime cometido, mas na prática o indivíduo fica internado por mais tempo do que a pena máxima prevista para tal delito, isto é, há uma imposição desmedida da sanção estatal. Como por exemplo o caso de -Almerindo (A Casa dos Mortos), que ficou internado por quase trinta anos devido ao crime de lesão corporal de natureza leve, prevista no artigo 129, caput do Código Penal, o qual tem pena detenção de três meses a um ano.

Diante de todas as violações aos direitos e princípios constitucionais, as controvérsias do judiciário e a lacuna do legislativo sobre a permanência em instituições totais, as internações compulsórias tornam-se verdadeiras modalidades de exceção. Agamben nos mostra que:

O Estado de exceção moderno é, ao contrário, uma tentativa de incluir na ordem jurídica a própria exceção, criando uma zona de indiferenciação em que fato e direito coincidem (AGAMBEN, 2004, p. 42).

O estado de exceção como “suspensão da própria ordem jurídica”, funcionando como A abertura de uma lacuna fictícia no ordenamento, com o objetivo de salvaguardar a existência da norma e sua aplicabilidade à situação normal. A lacuna não é interna à lei, mas diz respeito à sua relação com a realidade, à possibilidade mesma de sua aplicação. É como se o direito contivesse uma fratura essencial entre o estabelecimento da norma e sua aplicação e que, em caso extremo, só pudesse ser

preenchida pelo estado de exceção, ou seja, criando-se uma área onde essa aplicação é suspensa, mas onde a lei, enquanto tal, permanece em vigor. (AGAMBEN, 2004, pp. 48-49).

A medida de segurança se torna um “estado de exceção”, uma vez que a periculosidade é utilizada para criar exceção e legitimar práticas punitivas que não são consideradas legais pelo próprio ordenamento jurídico. Por exemplo, as internações prolongadas são o oposto do que assevera a Constituição Federal, em seu art. 5º, inciso XLVII, ao vedar aplicação de sanções penais de caráter perpétuo, entretanto elas são justificadas pela permanência de periculosidade do agente.

Desse modo, em razão de suportarem o estigma duplamente repudiada pela sociedade, louco infrator, é criada uma espécie de exceção, que legitima as violações aos direitos dos inimputáveis.

4.1 Reforma psiquiátrica versus a Realidade das Internações nos Hospitais de Custódia

No Brasil a Reforma Psiquiátrica surgiu no final da década de 1970, naquele momento o modelo assistencial adotado pelos hospitais psiquiátricos era alvo de críticas e denúncias. Isto porque em sua visita ao Brasil, Franco Basaglia denunciou as condições degradantes em que viviam os internos do Hospital Colônia em Barbacena. As declarações deixaram em evidência aqueles que até então substiam na escuridão da invisibilidade, os portadores de transtornos mentais (ARBEX, 2013).

A partir das declarações de Basaglia outras denúncias de maus tratos foram surgindo, o que desencadeou o surgimento de movimentos sociais que lutavam pelos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Primeiro houve uma mobilização de vários profissionais de saúde, o movimento ganhou tanta força que no dia 18 de maio de 1987 foi instituído o Dia da Luta Antimanicomial. E em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou um projeto de lei, no qual a proposta era a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil. (ALMEIDA, 2015). Finalmente depois de mais de uma década foi promulgada a Lei N°10.216, dia 06 de abril de 2001, conhecida como de Lei Antimanicomial. (BRASIL, 2001).

A expectativa da Reforma Psiquiátrica era diminuição gradativa das internações, resultando na extinção dos hospitais de custódia e dos manicômios judiciários, e de fato entre

2002 e 2003 houve uma redução de internações, todavia nos anos posteriores o ritmo de desinstitucionalização não continuou (WEIGERT, 2015, p. 144).

E o questionamento que se faz é por que não houve nenhuma diminuição significativa da aplicação das medidas de segurança, no Brasil, apesar da existência de uma lei antimanicomial? Esta é uma das perguntas presente na tese de doutorado de Marina de Assis Brasil Weigert.

Para responder esta pergunta consequente respondemos à pergunta do presente artigo: em que medida Lei N° 10.216/2001 está sendo cumprida no Brasil? Na verdade, a legislação antimanicomial não está sendo cumprida adequadamente, uma vez que apesar de ser destinada a todos os portadores de transtorno mentais, na prática ela não é aplicada aos loucos infratores, uma vez que eles não usufruem das garantias dos dispositivos.

Primeiramente a lei estabelece que as pessoas com transtornos mentais não deveriam ser tratadas de forma isolada da sociedade, pois ela luta contra manicômios, assim a internação deveria ocorrer somente em casos extremos, no qual outra medida extra-hospitalar não fosse suficiente, ou seja a internação deveria ser considerada como exceção e não como regra. Pois a privação de liberdade, a segregação da sociedade, e afastamento da família não é benéfico para o indivíduo, podendo resultar na potencialização da patologia. Assim assevera a Portaria N° 2.391 de dezembro de 2002:

Art. 2º. Definir que a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível (BRASIL, 2002).

Mas quando se trata do portador de transtorno mental infrator, a internação se torna regra. Isso acontece devido ao rótulo de louco infrator que inimputável recebe, a partir desse momento o juiz muitas vezes, determina a internação, até em casos que pela natureza do delito seria recomendado o tratamento ambulatorial.

Os manicômios judiciários são instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas - o asilo de alienados e a prisão - e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que "perseguem" a todos: o criminoso e o louco (CARRARA, 201, p.17).

É também por este estigma que os psiquiatras relutam em assinar um laudo favorável a desinternação. E da mesma forma a rotulagem é responsável pelo clamor midiático e da sociedade pela medida de institucionalização. Assim apesar da existência de uma legislação

antimanicomial, a aplicação das medidas de segurança não diminui, pois a lei não é aplicada ao loco transgressor.

A legislação também assegura que a medida de segurança tem caráter preventivo e curativo, todavia o tratamento direcionado aos portadores de transtornos mentais infratores é unicamente punitivo. Guilherme de Souza Nucci assevera em torno da medida de segurança:

Trata-se de uma espécie 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 (NUCCI, 2009, p. 519-524).

Utilizando-se das palavras de Nucci, infere-se que a medida de segurança apesar de ser uma sanção penal, deve ter fins terapêuticos que visem a inserção social, isto inclui um tratamento adequado, afinal o internado em hospitais de custódia é um portador de transtorno mental e precisa ser tratado como tal, sendo resguardado os seus direitos. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental segundo o artigo 2º da Lei n.º 10.216:

- 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. (BRASIL, 2001)

Mas o real tratamento oferecido nestas instituições não é terapêutico, pelo contrário, falta recursos, medicamentos, profissionais, e o resultando é a potencialização da patologia do internado, o documentário a Casa dos Mortos exemplifica a situação. Nesse contexto, Ivan de Carvalho Junqueira (2005, p. 62) faz a seguinte observação:

Portanto, num sistema presidial em que superlotação, ociosidade, ausência de cuidados médicos-sanitários adequados, alimentação de má-qualidade e tantos outros entraves tornam-se cada vez mais rotineiros e comuns, impassíveis mesmo de despertar o mínimo sentimento de justiça e indignação diante daqueles que livres se encontram, vez que incapazes de enxergar o grau de arbitrariedades cometidas dentro da prisão, cujas celas mais parecem jaulas como as que abrigam bichos em zoológicos, sem dúvidas, desprezado fora o princípio da dignidade da pessoa humana.

Da mesma forma a lei antimanicomial também veda a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, porém os hospitais de custódia são praticamente prisões, isso sem falar que em alguns estados nem ao menos tem um hospital de custódia, só existindo ala de tratamento psiquiátrico situado dentro de complexo prisional, ou seja, de uma certa forma o inimputável divide o mesmo espaço que um apenado.

Um outro ponto que responde o porquê da não diminuição das internações é fato do fundamento para aplicação da medida de segurança, ser a periculosidade, e da mesma forma legitimar a desinternação. O exame de periculosidade no Brasil é feito através de uma lógica de diagnósticos clínicos e exames anamnésicos. O cerne da questão é que nem mesmo a ciência é capaz de determinar com exatidão se alguém irá ou não realizar uma conduta ilícita no futuro. É complicado a liberdade está condicionada a uma presunção que quase sempre é baseada no estigma de que o louco é perigoso. (KARAM, 2002, apud WEIGERT, 2015, p. 174).

No mesmo sentido, Venturini frisa que a questão não é que a periculosidade não exista, mas é importante compreender que ela é construída, introjetada pelo sujeito. Claro que é real o risco de periculosidade, de resposta violenta, mas é a história e não o diagnóstico que pode desencadear a periculosidade (WEIGERT, 2015, p. 176).

É por isso que o melhor cenário seria uma mudança na legislação civil e penal, uma alteração do código penal brasileiro, indicando a exclusão do conceito de presunção de periculosidade do portador de doença mental infrator, visando garantir à assistência e a reinserção social, e extinguindo-se a reclusão em manicômios judiciários.

4.2 Mapeamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

No momento da sentença absolutória imprópria o sujeito é etiquetado de louco infrator, e este estigma resulta em abandono e invisibilidade diante da sociedade e do Estado. A invisibilidade é tão acentuada que o louco infrator nem se quer representa um número nas estatísticas, visto que se tratando das prisões brasileiras, é realizado um levantamento nacional de informações penitenciárias, pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), sendo que as informações são atualizadas semestralmente. Todavia, o mesmo não acontece com os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, por serem instituições ainda mais esquecidas.

O primeiro mapeamento dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, só foi realizado em 2011, através de uma pesquisa financiada pelo Ministério da Justiça e realizada pela antropóloga e professora Debora Diniz, que, posteriormente, em 2013 publicou um livro

com os dados da pesquisa, chamado “A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil” (DINIZ, 2013).

O censo foi de extrema importância, pois, de forma inédita, foi possível traçar o perfil da população que vivia nas instituições de custódia, além de expor uma realidade de descaso e abandono por tanto tempo omissa, ou seja, deu visibilidade aos esquecidos.

De acordo com o censo, o Brasil teria 23 Hospitais de Custódia de Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), localizadas em penitenciárias. Diniz ressalta que nem todos os estados possuíam instituições destinadas ao cumprimento de medida de segurança, os quais seriam: Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins. E as 3 ATPs estavam localizadas em Mato Grosso, Rondônia e Distrito Federal (DINIZ, 2013, p. 12).

A população presente nestas instituições totais poderia ser dividida em três grupos: 1.033 indivíduos que estavam internados temporariamente, pois estavam esperando o laudo de sanidade mental, 2.839 internados que já estavam cumprindo medida de segurança de fato. E por último, 117 indivíduos que tiveram a sua pena privativa de liberdade convertida em medida de segurança, totalizando um número de 3.989 pessoas internadas. O censo revelou dados sociodemográficos, trâmite processual e dados sobre a patologia clínica (diagnóstico, tipo penal, exames de cessação de periculosidade, laudos médicos). O método da coleta de dados ocorreu por meio de questionários dirigidos aos internos (DINIZ, 2013, p. 20).

Durante a pesquisa, Diniz descreve a situação de cada uma das unidades de custódia e tratamento psiquiátrico e aos poucos vai delimitando o perfil do internado, que seria majoritariamente homens, negros, pobres e de baixa escolaridade (DINIZ, 2013).

Diante desse perfil traçado pelo Censo, fica evidente a existência da seletividade nestas instituições totais, uma vez que estão presentes diversos marcadores de desigualdade, como a questão social e étnica, resultando em um sujeito vulnerável diante da custódia do Estado. E isto explica o silenciamento da administração pública diante das violações e desigualdades as quais o louco infrator é submetido.

Quanto ao transtorno mental dos internados, foi identificado 91 patologias diferentes, sendo que a maioria dos internos foram diagnosticados com esquizofrenia. As infrações penais cometidas pelos internados também foram descritas, foram identificados 99 tipos infrações

penais, sendo que em ordem decrescente as principais eram: crimes contra vida, crimes contra patrimônio, crimes contra a dignidade sexual e lesão corporal (DINIZ, 2013, p. 42-45).

Mas com certeza o mais impactante do livro foi a exposição das violações aos direitos que ocorrem nestas instituições, muitos dos indivíduos continuavam internados mesmo com a periculosidade cessada, ou mesmo diante de decisão judicial de desinternação ou até diante da ausência de processo judicial. Outra violação diz respeito aos laudos psiquiátricos e de cessação de periculosidade, que não estavam sendo realizados dentro do período que a lei determina.

É um cenário conservador, pois não avaliamos a qualidade dos laudos médico-periciais ou os argumentos das sentenças judiciais. E se considerarmos os indivíduos internados com laudos psiquiátricos ou exames de cessação de periculosidade em atraso são 1.194 pessoas que não sabemos se deveriam estar internadas (DINIZ, 2013, p. 16).

Quando nos deparamos com dados como estes, entendemos o porquê de muitas vezes a medida de segurança se torna uma pena perpétua, devido a indeterminação da fixação para liberdade.

Através do Censo realizado por Diniz, é possível perceber diversas unidades de custódia do Brasil não estão em conformidade com que assevera a Lei de Reforma Psiquiátrica. Entre elas está a unidade do Distrito Federal, a Ala de Tratamento Psiquiátrico de Brasília, localizada no Complexo Penitenciário Feminino. Afim de agregar o presente artigo, achei conveniente exibir uma entrevista que fiz com a Delegada de Polícia Civil, Dra. Deuselita Pereira Martins, diretora da Ala de Tratamento Psiquiátrico de Brasília, na época.

A entrevista foi realizada em novembro de 2016, para um trabalho acadêmico, da disciplina de Instituições Jurídicas. Na ocasião foi questionado sobre dados sociodemográficos, patologias clínicas dos internados, trâmite processual e funcionamento da unidade.

Quando a entrevista foi realizada a população da Ala de Tratamento Psiquiátrico era composta por 95 homens e 8 mulheres. A patologia predominante entre eles era a esquizofrenia e a dependência química.

Quanto a estrutura da Unidade, a Dra. Deuseita nos explicou que havia celas com capacidade para dez internos, uma área de convivência e o local para o banho de sol, além de quatro salas de apoio, utilizadas para separar os internados em caso de surto ou por problemas dentro da Ala.

Os homens que cumpriam medida de segurança ficavam em um local destinado só para eles, separados daqueles que estariam cumprindo pena. Porém as mulheres que estavam cumprido medida de segurança ficavam em alojamentos junto com outras mulheres apenas que estavam em regime semi-aberto. A Dra. afirmou que apesar de ser uma situação ilegal, uma vez que a lei determina que os inimputáveis não podem ficar junto com apenados, não havia espaço para a devida separação e que este fato já era de conhecimento da Vara de Execuções, do Ministério Público e do Conselho Nacional de Justiça. E que a separação adequada seria possível somente depois da inauguração de mais dois blocos.

Ela também explicou que não havia uma separação de acordo com a patologia e nem por crimes, mas sim pelas características dos internados, se for um que é subjugado pela massa, fica na ala de vulneráveis.

Na ocasião foi indagado sobre o processo de avaliação para o direcionamento dos indivíduos à unidade. Ela explicou que não tem uma avaliação prévia, e sim posterior. Normalmente, quando o juiz criminal por solicitação ou por observação de alguma característica de doença mental, instaura o incidente de insanidade mental, a partir desse momento o infrator já é direcionado para a ATP. Depois tem um prazo de 45 dias para que seja realizada uma perícia por psiquiatras do Instituto Médico Legal (IML), é através da perícia que se determina a imputabilidade do acusado, cabendo ao juiz decidir pela medida de segurança ou não. Se o infrator já estiver cumprindo pena em presídio normal, e for instaurado o incidente de insanidade mental, ele também é transferido para a ATP, ocorrendo a conversão da pena privativa de liberdade em medida de segurança.

Sobre o exame de periculosidade, foi pontuado que o exame é posterior a internação. E apesar da medida de segurança ter um prazo de até 3 anos, não quer dizer que o inimputável ficará somente esse tempo, o exame de periculosidade começa a ser realizado após esse prazo de 3 anos. Se a periculosidade tiver cessada, junto com outros fatores, pode determinar a desinternação. Os demais fatores condicionantes a desinternação são: família preparada para recebê-los, inserção dentro da rede pública de saúde, que hoje seriam os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e ISM (Instituto de Saúde Mental) e documentação em dia. O exame de periculosidade é feito anualmente, por psiquiatras do IML, a pedido do juiz da Vara de Execuções.

O quadro de profissionais de saúde presente na ATP era composto por: um médico psiquiatra, que atende também como clínico, dois enfermeiros, seis auxiliares de enfermagem, um assistente social, duas psicólogas, um dentista e um auxiliar de dentista. E na ocasião ela ressaltou que estavam sem terapeuta ocupacional, e quem está acompanhando os internos nestas atividades era um auxiliar de enfermagem.

Ela ressaltou que os internados além de serem atendidos pela equipe de saúde, que é vinculada à Secretaria de Saúde, eram atendidos também pela equipe psicossocial da Vara de Execuções. E para o processo de desinternação, era feito uma análise entre as duas equipes.

Sobre a medicação individualizada, a Dra. pontou que a medicação era de acordo com a patologia e que era fornecida pela Secretaria de Saúde, mas ser por ventura o médico prescrevesse um medicamento fora do rol dos que eram fornecidos, existia uma verba dentro da Subsecretaria do sistema prisional para poder comprar essa medicação. Quando questionada sobre falta de medicamento, ela afirmou que as vezes faltava, pois Secretaria de Saúde deveria adquirir e não adquiriu ou porque a Subsecretaria do Sistema Prisional não tinha verba suficiente para comprar. Segundo ela, a falta de medicação é maior responsável pelos surtos psicológicos.

Além da medicação existiam na unidade outras formas de auxílio terapêutico, como aula de música, aula de inclusão digital, trabalho na horta do presídio, e ainda tinha vários grupos feitos pela assistência social e psicólogos, como o grupo de recaídas.

Por último foi questionado se existia previsão para construção de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Distrito Federal, ela falou que não, pois apesar de ter sido criado um grupo de estudos para tentar buscar um modelo ideal que atendesse tanto as necessidades de segurança como as de saúde, o projeto não evoluiu -“ Primeiro discutimos se era caso de Segurança ou da Secretaria de Saúde, sempre entendi que era da saúde, mas fui voto vencido. Foi criado relatórios de como atuar nesses casos e um projeto arquitetônico envolvendo saúde e segurança, porém com a troca de governo o projeto estava estacionado” (Dra. Deuselita Pereira Martins). E ela finaliza ressaltando que se houvesse uma rede mais estrutural fora do estabelecimento, não haveria tantos internados.

A entrevista deixa claro que assim como outras instituições totais, a Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal, no ano em que foi feita a entrevista estava em desacordo com

que atribuí a lei antimanicomial. Primeiramente a unidade fica dentro de complexo prisional, além das internadas ficarem juntas com as apenadas. A lei determina a separação por gênero, idade e sintomatologia, o que não ocorre na prática. É uma estrutura deficiente e não atende às necessidades básicas dos pacientes e nem tão pouco a sua ressocialização.

Com objetivo de fazer um comparativo entre a situação que estava a Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal em 2016, e como está agora em 2020, tentei por diversas vezes, uma nova entrevista, através de solicitações, e-mails, telefonemas. Mas não foi possível, pois devido à pandemia de Covid-19 o acesso a unidade ficou restrito, visto que foi uma das medidas adotadas para conter o contágio e proliferação da doença dentro do complexo prisional. Outro fator que também foi empecilho, foram as sucessivas exonerações das diretoras e diretoras adjuntas da Unidade, que ocorreram durante o ano. Dia 20 de outubro de 2020 realizei uma última tentativa, e a secretaria da direção me informou que novamente havia ocorrido exonerações e a direção estava mudando outra vez, por isso ficaria difícil realizar a entrevista. Acredito que o comparativo entre as entrevistas seria um ótimo termômetro para verificar as condições das internações, e verificar se houve mudanças, mas infelizmente não foi possível.

5. Considerações Finais

A realidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é triste e perversa. O que não poderia ser diferente, uma vez que é uma junção de dois Sistemas falidos no Brasil, o Sistema de Saúde e o Sistema Carcerário. Na verdade, o nome Hospital de Custódia é apenas uma fachada, pois o tratamento oferecido aos internos não é terapêutico e muito menos curativo, sendo assim não possui as características de um hospital, é apenas mais uma forma mutante de cárcere.

Diante de todo o exposto fica evidente que a Lei nº 10.216/2001 não está sendo cumprida no Brasil, uma vez que os internos são submetidos a situações degradantes, condenados à obscuridade social, personificando bem o que Goffman denomina de mortificação, pois diante do tratamento indigno, eles perdem até mesmo a própria identidade.

O fato da cessação de periculosidade ser determinante para a desinternação, a torna uma ferramenta utilizada para legitimar medidas punitivas que violam direitos e garantias constitucionais, tornando as internações uma modalidade de exceção.

Conforme exibido no trabalho, no momento da sentença absolutória imprópria o sujeito é etiquetado como louco infrator, e este estigma os tornam invisível diante da Sociedade e do Estado. A invisibilidade é tão acentuada, que o primeiro mapeamento dos hospitais de custódia brasileiros, só foi realizado em 2011. Expondo o triste cenário dos HCTPS, e as graves violações que ocorrem nestas instituições.

O que se pode concluir é que muitos infratores que são internados, devido ao ápice da doença, a ineficácia terapêutica e a internação prolongada, tornam-se reféns da patologia, sendo impossível a sua reinserção social. É preciso haver uma reestruturação da medida de segurança, de forma que as disposições da lei antimanicomial sejam executadas e exigidas. O Estado deve adotar medidas, ações afirmativas, visando qualificar as instituições, ampliar os recursos terapêuticos. Afinal todo cidadão tem direito ao serviço de saúde e ampla assistência jurídica.

Referências:

AGAMBEN, Giorgio. **Estado de Exceção**; Tradução de Iraci D. Poleti. São Paulo: Boitempo, 2004.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del. Acesso em 03 de setembro de 2020.

BRASIL. Código de Processo Penal. Decreto-Lei nº 3.689. 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em 03 de setembro de 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 01 de setembro de 2020.

BRASIL. Lei 10.216. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 03 de setembro de 2020.

BRASIL. Lei de Execução Penal. Lei n. 7.210. 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm. Acesso em 03 de setembro de 2020.

BENELLI, Sílvio José. **A Instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar**. Estud. Psicol. (Campinas), v. 21, n. 3, p. 237-252, Dec. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2004000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de junho 2020.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**. Parte Geral 1.17. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

BONINI, Carolina Bianchini; CUNHA, Julio. **Acolher e Conter”: discursos em disputa nas determinações de medidas de segurança.** Disponível em: http://nadir.fflch.usp.br/sites/nadir.fflch.usp.br/files/upload/paginas/MedidasdeSeguran%C3%A7a_Enadir2019%20carolina%20bonini.pdf. Acesso em 12 de setembro de 2020.

BICUDO, Tatiana Viggiani. **Por que punir?: Teoria Geral da Pena.** São Paulo: Saraiva, 2015.

CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.,** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1629, abr. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 28 de outubro de 2019.

CIA, Michele. **Medidas de Segurança no Direito Penal brasileiro e desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal.** São Paulo: Unesp, 2012.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Criação do Manicômio Judiciário no Brasil.** Disponível em: <http://www.adir.unifi.it/rivista/2009/cerqueira/cap1.htm#:~:text=Assim%2C%20a%20primeira%20institui%C3%A7%C3%A3o%20a,%C3%A0%20interna%C3%A7%C3%A3o%20dos%20loucos%20criminosos>. Acesso em 15 de outubro de 2020.

CUNHA, Rosiene Silva. **A transformação da Medida de Segurança em Prisão Perpétua.** Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/A_transforma%C3%A7%C3%A3o_da_medida_de_seguran%C3%A7a_em_Pris%C3%A3o_perp%C3%A9tua.pdf. Acesso em 25 de junho de 2020.

DINIZ, Debora. **A custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil: Censo 2011.** Brasília: Letras Livres/Editora UnB, 2013

DINIZ, Debora; PARANHOS, Fabiana; **A casa dos mortos.** Produção de Fabiana Paranhos, direção de Débora Diniz. 24 min. Disponível em: <http://www.acasadosmortos.org.br/#>. Acesso em: 23 de fev.2013

FOUCAULT, Michel. **A Verdade e as Formas jurídicas.** Rio de Janeiro: NAU, 2005.

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

MATSUDA, Fernanda Emy. **A Medida da Maldade: Periculosidade e Controle Social no Brasil.** Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-23032010-110904/publico/FERNANDA_EMY_MATSUDA.pdf. Acesso em 30 de setembro de 2020.

PORTELLA, Nathalia dos Santos; SOUZA JUNIOR, Ney Fayet. **Da Perpétuidade das Medidas de Segurança.** Disponível em: https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2020/04/nathalia_portella.pdf. Acesso em 12 de setembro de 2020.

ROSATO, Cássia. FILHO, P. O. **Judicialização de vidas indignas: o caso da Unidade Experimental de Saúde em São Paulo:** <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n2/02.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2019.

ROSATO, Cássia Maria; CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Caso Damião Ximenes Lopes: Mudança e desafios após a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos:** <http://www.conectas.org/pt/acoes/sur/edicao/15/1000169-caso-damiao-ximenes-lopes-mudancas-e-desafios-apos-a-primeira-condenacao-do-brasil-pela-corte-interamericana-de-direitos-humanos>. Acesso em 2 de maio de 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. São Paulo: Livraria do Advogado, 2001

SCHINDLER, Danilo Oitaven. **Medida de Segurança: das Razões Históricas da Punição do Enfermo Mental Infrator a Definição Legal Atual**. Disponível em :<
<https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/46347/medida-de-seguranca-das-razoes-historicas-da-punicao-do-enfermo-mental-infrator-a-definicao-legal-atual#:~:text=Ainda%20na%20Antiguidade%2C%20as%20primeiras,lidar%20com%20os%20desvios%20comportamentais.>>. Acesso em 17 de outubro de 2020

SILVA, Flávia Regina Oliveira. **Direito penal do inimigo e sua incompatibilidade com o estado democrático brasileiro**. Disponível em:
http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11424. Acesso em 28 de outubro de 2019.

TOMAZ, Kleber. **STF decide manter Champinha internado em Unidade de Saúde de São Paulo**. G1. São Paulo. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n2/02.pdf>>. Acesso em 18 de novembro de 2019.

WEIGERT, Marina de Assis Brasil. **Entre Silêncios e Invisibilidade: Os Sujeitos em Cumprimento de Medidas de Segurança no Manicômios Judiciários Brasileiros**. Disponível em:<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140989/000991174.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 17 de outubro de 2020.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **O Inimigo no Direito Penal**. Tradução: Sérgio Lamarão. Rio de Janeiro: Revan, 2007