

O INSTITUTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E OS MANICÔMIOS JUDICIAIS NO ESTADO DO TOCANTINS

JOADELSON RODRIGUES ALBUQUERQUE: Funcionário Público do Estado do Tocantins. Graduado em História e em Direito pela Fundação Universidade Federal Do Tocantins; Advogado; Pós Graduado em Direito Público com ênfase em Constitucional, Administrativo e Tributário, pela Faculdade Itop, do Tocantins; Pós Graduado em Direito Penal e Processual Penal pelo Instituto Prominas da Universidade Candido Mendes, de Minas Gerais. Autor do livro: Direito Penal: "O Instituto das Medidas de Segurança e os Manicômios Judiciais no Estado de Tocantins". Aprovado no Concurso para Delegado de Polícia Civil no Estado do Tocantins em 2014.

RESUMOA presente pesquisa jurídica objetivou analisar a o instituto das medidas de segurança “in loco”, ou seja, como este instituto está sendo aplicado no Estado do Tocantins. Assim, primeiramente foi apresentada a parte material do Código Penal das Medidas de Segurança; na sequência buscou-se fazer um apanhado geral dos manicômios judiciais no Brasil e as reformas implantadas nas últimas décadas, com destaque para a luta antimanicomial. Nesse trilha, buscou-se ainda fazer um raio-X da aplicação de tão importante instituto no Estado do Tocantins, onde se vasculhou a jurisprudência do TJ-TO e com importante estudo de caso de um processo de um inimputável penal, colhendo valiosos dados no balcão da 4ª Vara Criminal de Palmas-TO, que acumula função de Vara de Execuções penais da Capital. Para fundamentar este estudo, buscou-se uma análise doutrinária e jurisprudencial do assunto das medidas de segurança, desse modo ainda foi feita uma análise sobre a lei nº 10.216 de 2001 que Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: medidas de segurança; manicômios judiciais; reforma psiquiátrica; direito penal; Lei nº 10.216/2001.

ABSTRACT: This legal research aimed to analyze the institute of security measures "in situ", ie, as this institute is being applied in the State of Tocantins. Thus, it was first presented the material part of the Criminal Code of Safety Measures; following we tried to give an overview of judicial asylums in Brazil and reforms implemented in recent decades, especially the anti-asylum struggle. In this track, we sought to still make an application X-ray as important institute in the State of Tocantins, where they scoured the jurisprudence of the TJ-TO and important case study of a process of a criminal untouchable, collecting valuable data on balcony of the 4th criminal Court of Palmas-tO, which accumulates criminal Executions stick function in the capital. To support this study, we sought was a doctrinal and jurisprudential analysis of the subject of security measures, thereby has not yet done an

analysis of the Law No. 10,216 of 2001 Provides for the protection and rights of people with mental disorders and redirects the care model in mental health.

KEYWORDS: security measures; judicial asylums; psychiatric reform; criminal law; Law No. 10,216 / 2001.

SUMÁRIO: Introdução; 1. Instituto das Medidas de Segurança; 2. Manicômios Judiciais no Brasil; 2.1. Reforma Psiquiátrica no Brasil; 3. Prática Local: Aplicação das Medidas de Segurança no Estado do Tocantins; 4. Estudo de Caso; 4.1. Análise dos Autos do Inimputável A.C.S.H.K; 5. Estudo sobre a Lei Nº 10.216 de 2011; Conclusão; Referências.

INTRODUÇÃO

O projeto deste artigo nasceu de um trabalho monográfico apresentado à Coordenação de Monografia do Curso de Direito da Universidade Federal do Tocantins como exigência parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob a orientação do Prof. Dr. Tarsis Barreto Oliveira, no ano de 2012, tendo obtido nota máxima com louvor. Além do Orientador também fizeram parte da Banca Examinadora os professores da UFT: Maria do Carmo Cota e a Suyene Monteiro. Sendo que naquele instante fui aconselhado a transformar do trabalho em alguns artigos, o que faço justamente neste momento, títulos: 1) ESPÉCIE DE SANÇÃO PENAL: DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA,; 2) O INSTITUTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E OS MANICÔMIOS JUDICIAIS NO ESTADO DO TOCANTINS; e 3) MEDICINA LEGAL E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA NO DIREITO PROCESSUAL PENAL.

No mundo moderno, as legislações penais ganham todo um destaque pela pretensão de serem limitadoras das ações humanas. Neste meio, encontra-se o instituto das medidas de segurança, quando estabelece situações de pessoas que, ao cometerem um crime, não eram inteiramente capazes de entender essa ilicitude (semi-imputável), ou ainda o agente que ao tempo da ação ou omissão é inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (chamado tal agente de inimputável), e- por conseguinte- são isentos de pena, porém, sujeitos às medidas de segurança.

Desse modo, o desenvolvimento deste artigo tem como objetivo geral apresentar a aplicação das Medidas de Segurança no Estado do Tocantins, com enfoque na internação de autores de crimes, considerados inimputáveis ou semi-imputáveis, em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (popularmente conhecido como manicômio judicial) ou submetidos a tratamento ambulatorial.

Assim, o presente trabalho aborda de forma sucinta as medidas de segurança, e de forma mais específica trata dos: manicômios judiciais no Brasil; reforma psiquiátrica no Brasil; prática local: aplicação das medidas de segurança no Estado do Tocantins; um estudo de caso; análise dos autos do inimputável A.C.S.H.K e por fim apresenta um estudo sobre a Lei nº 10.216 de 2011.

Entende-se que medida de segurança é um instituto penal e processual penal usado para a proteção da sociedade de um perigo que a ameaça, ocasionado por um agente mentalmente perturbado e perigoso. Portanto, o que define a aplicação de medida de segurança é o embasamento na periculosidade do agente, e não mais na punibilidade, que tem como característica a imposição de pena ao infrator criminal.

Observar-se que os juristas quando redigiram o projeto de lei de alteração do CP que culminou na lei já mencionada, na exposição de motivos da nova parte geral do Código Penal,

expuseram uma nova filosofia das medidas de segurança. Esse instituto, de caráter meramente preventivo e assistencial, ficou reservado apenas aos inimputáveis. Assim, ao réu perigoso e culpável não há razão para aplicar o que tem sido, na prática, uma fração de pena eufemisticamente denominada *medida de segurança*.

No que se refere ao estudo da norma nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nota-se não ser uma legislação específica para os inimputáveis penais, contudo, a eles também se aplica. Desse modo, no intuito de recuperar o internado, dispõe de três tipos de internação psiquiátrica, sempre acompanhada de laudo médico circunstanciado com demonstração dos motivos da restrição ao direito de liberdade, sendo elas: internação voluntária, internação involuntária e internação compulsória. Essa última trata-se de objeto de estudo desse artigo, por ter característica obrigatória e ser determinada pela justiça, como se verifica no caso da internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

A metodologia utilizada para elaboração desse trabalho adveio na pesquisa qualitativa, onde na prática a coleta de informações ocorreu através de: Pesquisas bibliográfica, doutrinária e jurisprudencial.

1 INSTITUTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

Sobre a história do instituto das medidas de segurança, em especial o início da distinção entre imputáveis e inimputáveis, nota-se que foram longos séculos em que não se verificavam as características pessoais dos agentes. Dessa forma, todos os autores de crime eram submetidos a uma única espécie de sanção penal, qual seja a pena, onde se constata enorme brutalidade na punição dos agentes portadores de transtorno mental, pois eram tidos como “*seres demoníacos*” e de tal modo sofriam as mais bárbaras atrocidades.

Elucida o autor Rosa:

“Durante muitos séculos, enquanto existia apenas o direito de punir, imputáveis e inimputáveis eram misturados sob a mesma espada punitiva da Lei. Consideravam os epiléticos, esquizofrênicos e paranoicos ‘possuídos pelo demônio’ e matavam-nos na fogueira, ou deixavam-nos amontoados, em masmorras, verdadeiros depósitos de homens, até morrerem”.

Só a partir do século XVIII e princípios do século XIX, Philippe Pinel, na França, fundador da Psiquiatria, deu início aos estudos das psicopatias e seu tratamento.

Desde então o Direito Penal passou a separar e distinguir os autores de crimes, colocando de um lado os responsáveis e de outro lado os irresponsáveis. Daí surgiu o sistema binário de penas e medidas de segurança”. (ROSA, 1995, p. 529).

Importante mencionar que o referido autor compreende que atualmente existe a distinção na aplicação de pena e medida de segurança, ou seja, o sistema vicariante, que veio no Brasil com a reforma do Código Penal em 1984.

Para uma melhor compreensão, optou-se por introduzir conceituações desse instituto penalista e processualista, que tem caráter eminente curativo e preventivo, visando proteger a sociedade e, porque não dizer, o próprio agente inimputável de novas ações delituosas.

Por seu turno, Capez (2005, p. 390) define serem as medidas de segurança “*sansão 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*”.

Portanto, em razão desses conceitos, infere-se que a medida de segurança consiste em um instituto com finalidade exclusivamente preventiva e curativa, uma vez que procura tratar o inimputável e o semi-imputável. Refere-se a pacientes que cometeram um crime, além de demonstrarem periculosidade para novas práticas nocivas.

Tal conclusão também é evidenciada no pensamento extraído do trabalho monográfico de Sales: “ *Percebe-se ter a Medida de Segurança um cunho eminentemente curativo, destinada aos agentes incapazes, que possuem uma probabilidade de vir a praticar novos crimes. Diante disso, nota-se que para se chegar a um resultado satisfatório na aplicação dessas medidas é necessário ao Estado dispor de meios adequados para a sua execução*”. (SALES, 2009, p. 10).

Ainda que medida de segurança não seja considerada uma pena, não deixa de ser uma espécie de sanção penal. Esse assunto é tratado por Jesus (1990, p. 457) definindo que esse instituto “*possui natureza essencialmente preventiva, no sentido de evitar que um sujeito que praticou um crime e se mostra perigoso venha a cometer novas infrações penais*”. De forma elucidativa, apresenta um quadro onde diferencia as medidas de segurança das penas:

“*a) As penas têm natureza retributiva-preventiva; as medidas de segurança são preventivas; b) as penas são proporcionais à gravidade da infração; a proporcionalidade das medidas de segurança fundamenta-se na periculosidade do sujeito; c) as penas ligam-se ao sujeito pelo juízo de culpabilidade (reprovação social); as medidas de segurança, pelo juízo de periculosidade; d) as penas são fixas; as medidas de segurança são indeterminadas, cessando com o desaparecimento da periculosidade do sujeito; e) as penas são aplicáveis aos imputáveis e semi-reponsáveis; as medidas de segurança não podem ser aplicadas aos absolutamente imputáveis*”. (JESUS, 1990, p. 475).

Sobre a natureza jurídica de pena e medida de segurança também discorre Andrade:

“*As penas e as medidas de segurança constituem as duas formas de sanção penal. Enquanto a pena é retributiva, tendendo atualmente a readaptar socialmente o delinquente, a medida de segurança possui natureza essencialmente preventiva, no sentido de evitar que um sujeito que praticou um crime e se mostre perigoso venha a cometer novas infrações penais*” (ANDRADE, 2004, p. 06).

A pesquisa bibliográfica do instituto em estudo demonstra que a inimputabilidade penal descrita no artigo 26 do CP é uma das espécies de excludente de culpabilidade, no que se refere à responsabilização ou não do agente por seus atos, pois na ação delituosa está implícito ou explícito o estado de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Dessa forma, não se pode falar que a ação do agente é culpável:

Inimputáveis

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

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.

Assim, culpabilidade “é a possibilidade de considerar alguém culpado pela prática de uma infração penal” (CAPEZ, 2005, p. 250). Nesse diapasão, observa-se a

presença de duas teorias sobre o crime, sendo a primeira a *bipartida*, que considera como elementos do crime o fato típico e antijurídico (doutrina moderna afirma ser esta predominante apenas no Estado de São Paulo), enquanto a segunda é a *tripartida*, que considera como elementos do crime o fato típico, a antijuridicidade, e a culpabilidade, teoria majoritária em todo o restante do país.

De tal maneira, verifica-se, em primeiro lugar, se o fato é típico ou não; em seguida, em caso confirmativo, a sua ilicitude; só a partir de então, constatada a prática de um delito (fato típico e ilícito) é que se passa ao exame da possibilidade da responsabilização do autor. Jesus, expoente dessa teoria confirma:

“Sob o aspecto formal, crime é um fato típico e antijurídico. A culpabilidade, com veremos, constitui pressuposto da pena. [...] não basta, porém, que o fato seja típico para que exista crime. É preciso que seja contrário ao direito, antijurídico. O legislador, tendo em vista o complexo das atividades do homem em sociedade e o entrelaçamento de interesses, às vezes permite determinadas condutas que, em regra, são proibidas. Assim, não obstante enquadradas em normas penais incriminadoras, tornando-se fatos típicos, não ensejam a aplicação da sanção”. (JESUS, 1988-1990, p. 135-136).

Mensura-se que este projeto segue a teoria tripartida do crime, admitindo que a culpabilidade também seja elemento do crime. Recordamos, ainda, que se trate da teoria amplamente adotada, como se verifica na definição analítica de crime que é importante para melhor elucidação da teoria tripartida. Para Greco:

“A função do conceito analítico é a de analisar todos os elementos ou características que integram o conceito de infração penal sem que com isso se queira fragmentá-lo. O crime é, certamente, um todo unitário e indivisível. Ou o agente comete o delito (fato típico, ilícito e culpável) ou o fato por ele praticado será considerado um indiferente penal. O estudo estratificado ou analítico permite-nos, com clareza, verificar a existência ou não da infração penal; daí sua importância”. (GRECO, 2006, p. 149).

Neste ponto teórico, encontra-se a figura do inimputável penal, quando o agente não detém capacidade de entender o caráter ilícito ou antijurídico do fato, “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, ou, ainda, de se determinar de acordo com esse entendimento”, sendo que aqui figura a chamada *incapacidade absoluta*, prevista no art. 26 do CP.

O autor de crime considerado inimputável será isento de pena, porém será submetido a uma medida de segurança. Se a incapacidade praticada pelo autor for relativa (semi-imputável), sua pena será reduzida de um a dois terços, consoante o parágrafo único do art. 26 do CP.

Quanto aos requisitos para a responsabilização do agente, o Código Penal brasileiro segue a Teoria Limitada da Culpabilidade, defendida por autores renomados como Assis Toledo e Damásio E. de Jesus. Aqui as discriminantes putativas fáticas são tratadas como erro de tipo (art. 20, § 1º), enquanto as discriminantes putativas por erro de proibição, ou erro de proibição indireto (art. 21, CP).

Para melhor visualizar a Teoria Geral do Crime, com foco na teoria analítica adotada no Brasil, façamos um quadro ilustrativo:

CRIME:

1 – FATO TÍPICO: Composição: - Conduta; - Nexo causal; - Resultado; - Adequação típica.

2 – ILÍCITO: Composição: com foco nas excludentes de ilicitude ou da antijuridicidade.

- Legítima defesa; - Estado de necessidade; - Estrito cumprimento de dever legal; - Exercício regular de direito; - Consentimento do ofendido. Em direito disponível.

3 – CULPÁVEL: Composição:

a. Imputabilidade; rol taxativo: - Menoridade; - Embriaguez acidental completa; - Anomalia psíquica.

b. Potencial consciência da ilicitude; rol taxativo: - Erro de proibição ou erro sobre a ilicitude do fato (art. 21, CP).

a. (IN) Exigibilidade de conduta diversa. Rol Exemplificativo: - Coação moral irresistível; - Obediência hierárquica de ordem não manifestamente ilegal.

Contrapondo o conceito de inimputabilidade, tem-se o de imputabilidade que o autor Fernando Capez considera como a “capacidade de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento” (2005, p. 258), tendo as seguintes causas dirimentes: 1- doença mental; 2- desenvolvimento mental incompleto; 3- desenvolvimento mental retardado; 4- embriaguez completa proveniente de caso fortuito ou força maior.

Dentro do conceito de inimputável penal encontram-se as figuras da doença mental, do desenvolvimento mental incompleto ou retardado. No Brasil, para a aplicação da excludente de culpabilidade, utiliza-se o critério biopsicológico, que dimensiona a responsabilidade do agente, ou seja, a sua saúde mental, juntamente com a verificação se no tempo do crime o sujeito tinha capacidade de averiguar a criminalidade do fato e de determinar-se de acordo com esta apreciação.

Torna-se relevante dizer que o CP segue o *Sistema Vicariante*, ou seja, aplicação de pena ou medida de segurança, em contraposição ao *Sistema Duplo Binário*, que possibilita a aplicação de pena e medida de segurança. O criminalista Capez (2005, p. 391) entende ser “impossível a aplicação cumulativa de pena e medida de segurança. Aos imputáveis, pena; aos inimputáveis, medida de segurança; aos semi-imputáveis, uma ou outra, conforme recomendação do perito”.

Depreende-se que pena e medida de segurança são institutos distintos; enquanto a primeira é destinada ao imputável, a segunda ao inimputável e semi-imputáveis. Contudo, verificam-se pontos convergentes entre os institutos como: são consequências jurídicas do crime; são instrumentos do *jus puniendi* estatal; consistem em restrições de direitos fundamentais.

2 MANICÔMIOS JUDICIAIS NO BRASIL

Ainda que esta pesquisa não intencione fazer um levantamento de dados históricos sobre a saúde mental e, em específico, sobre os hospitais psiquiátricos no Brasil, entende-se que alguns acontecimentos devem ser mencionados. Entre eles, está a alusão ao primeiro contato do estudante brasileiro no que se refere à loucura, onde ainda na fase do ensino primário é levado à leitura da obra literária de Machado de Assis – *O Alienista*, que retrata, de forma romântica e com suspense, a criação e situação de um manicômio judicial – a Casa Verde, um “hospício” na vila de Itaguaí criado pelo médico Simão Bacamarte que acaba por abastecê-lo de cobaias humanas.

Neste liame histórico, o pesquisador Jacobina envereda por um caminho de comparação entre a Europa e o Brasil no que se refere aos locais destinados aos popularmente chamados de “loucos”. Jacobina apresenta um estudo atual e crítico quanto aos locais de internação que mudaram de nome em 1984, mas não de postura:

“Assim como na Europa, foi longo o interstício que levou à categorização da loucura como assunto médico no Brasil – embora certamente os europeus não tenham nada tão saboroso quanto o conto O Alienista, de Machado de Assis, para descrever o processo. Tampouco aqui os hospitais eram espaços plenamente medicalizados antes do século XIX, e os manicômios judiciais, apesar

do nome pomposo de hospitais de custódia e tratamento recentemente dado a eles pela reforma penal de 1984, continuam até hoje a ser espaços não plenamente medicalizados”. (JACOBINA, 2008, p. 61).

Dessa forma, o primeiro manicômio judicial do Brasil foi criado na cidade do Rio de Janeiro na década de 20 do século passado, já nascendo com discurso arrogante, como bem informa o mesmo pesquisador:

“O processo que levou à criação do Manicômio Judiciário no Rio de Janeiro culmina em 21 de abril de 1920, com o lançamento da pedra fundamental do primeiro asilo criminal brasileiro – que foi inaugurado em 30 de abril do ano seguinte. Anuncia-se, então, ‘muito mais que o surgimento de uma outra instituição pública’, mas “primordialmente a emergência de uma forma inteiramente nova de intervenção social, mais flexível, mais globalizante, mais autoritária”. (JACOBINA, 2008, p. 65- 66).

Com finalidade didática, algumas definições são importantes para a fixação da base teórica. Dessa forma, conceitua-se o instituto manicômio judicial, como: “estabelecimento em que se recolhem os sentenciados ou criminosos alienados mentalmente, por serem eles incapazes de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (DICIONÁRIO JURÍDICO DE BOLSO, 2006, p. 158).

Jacobina apresenta uma interessante pesquisa sobre a loucura, equiparada à doença mental, e que, por conseguinte, os criminosos inimputáveis deverão cumprir seu tratamento em manicômios judiciais, hoje denominado hospital de custódia e tratamento psiquiátrico:

“O direito brasileiro contemporâneo prorroga a jurisdição da justiça criminal para que a doença possa sofrer um julgamento penal e ser punida – sendo esse o significado do instituto da medida de segurança: um instituto que pune a loucura, sob o fundamento, nem sempre explícito, de a desmascarar, arrancar do ser humano essa doença. De resto, acaba restringindo a liberdade do portador da doença, por via de um internamento que, se no discurso é não punitivo, na prática arranca-lhe a liberdade e a voz”. (JACOBINA, 2008, p. 43).

Isso posto, procura-se relatar um apanhado geral desses estabelecimentos nacionalmente, tendo como fonte de investigação dados levantados pelo Ministério da Justiça (MJ) no ano de 2008, demonstrando, em pesquisa estatística, a quantidade de unidades de tratamento por Estado-membro. Dentro do Ministério encontra-se o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), que por sua vez implantou o Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN). Passa-se então a analisar o quadro geral de estabelecimento por Estado.

No sistema referido tem-se estatisticamente a relação do número de estabelecimentos prisionais ou de custódia, disponibilizados por Estado, constando a relação de penitenciárias, de presídios, de cadeias públicas, de casas do albergado, de colônia agrícola, industrial ou similar, de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, de centro de observação, de patronato e de penitenciária federal.

As definições de cada espécie de dependência são dispostas pelo Ministério da Justiça, como também estão expressas nos artigos 82 a 104 da lei nº 7.210 de 1984, lei de execução penal – LEP.

Veja-se então a conceituação e classificação dos Estabelecimentos Penais:

a) Estabelecimentos Penais: todos aqueles utilizados pela Justiça com a finalidade de alojar pessoas presas, quer provisórios quer condenados, ou ainda aqueles que estejam submetidos à medida de segurança;

b) Estabelecimentos para Idosos: estabelecimentos penais próprios, ou seções ou módulos autônomos, incorporados ou anexos a estabelecimentos para adultos,

destinados a abrigar pessoas presas que tenham no mínimo 60 anos de idade ao ingressarem ou os que completem essa idade durante o tempo de privação de liberdade;

c) Cadeias Públicas: estabelecimentos penais destinados ao recolhimento de pessoas presas em caráter provisório, sempre de segurança máxima;

d) Penitenciárias: estabelecimentos penais destinados ao recolhimento de pessoas presas com condenação à pena privativa de liberdade em regime fechado;

d.1) Penitenciárias de Segurança Máxima Especial: estabelecimentos penais destinados a abrigar pessoas presas com condenação em regime fechado, dotados exclusivamente de celas individuais;

d.2) Penitenciárias de Segurança Média ou Máxima: estabelecimentos penais destinados a abrigar pessoas presas com condenação em regime fechado, dotados de celas individuais e coletivas;

e) Colônias Agrícolas, Industriais ou Similares: estabelecimentos penais destinados a abrigar pessoas presas que cumprem pena em regime semiaberto;

f) Casas do Albergado: estabelecimentos penais destinados a abrigar pessoas presas que cumprem pena privativa de liberdade em regime aberto, ou pena de limitação de fins de semana;

g) Centros de Observação Criminológica: estabelecimentos penais de regime fechado e de segurança máxima onde devem ser realizados os exames gerais e criminológicos, cujos resultados serão encaminhados às Comissões Técnicas de Classificação, as quais indicarão o tipo de estabelecimento e o tratamento adequado para cada pessoa presa;

h) Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: veja-se o que diz o art. 99 da LEP “destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no art. 26 e seu parágrafo único do CP”. Estabelecimentos penais destinados a abrigar pessoas submetidas à medida de segurança.

Contudo, o foco principal dessa pesquisa é quanto ao estabelecimento do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e nacionalmente está disposto da seguinte forma:

O DEPEN não possui nenhuma instalação dessa natureza; Estado de Alagoas possui uma instalação unissex; Amazonas – possui uma instalação unissex; Bahia – possui dois estabelecimentos, também mistos; Ceará – possui dois estabelecimentos masculinos; Espírito Santo – possui uma instalação para ambos os sexos; Minas Gerais – possui três instalações masculinas; Pará – tem um estabelecimento unissex; Paraíba – tem um estabelecimento masculino; Pernambuco – possui uma instalação unissex; Piauí – possui um estabelecimento masculino; Paraná – tem um estabelecimento unissex; Rio de Janeiro – é o Estado que mais possui locais dessa natureza, sendo dois exclusivos masculinos e cinco unissex; Rio Grande do Sul – possui dois estabelecimentos unissex; Santa Catarina – tem uma instalação masculina; Sergipe – possui um estabelecimento unissex; São Paulo – único Estado que possui um local exclusivo feminino, somando-se mais um local masculino, e mais três unissex.

Os Estados membros que não foram relacionados são porque até o lançamento da pesquisa pelo Ministério da Justiça, não possuíam local definido e determinado para o cumprimento de medida de segurança. Entre eles está o Estado do Tocantins e Brasília, capital Federal. Por conseguinte, as investigações dessa pesquisa confirmam que o Tocantins continua sem estabelecimento específico para os agentes inimputáveis e semi-imputáveis.

Da análise dos dados infere-se a existência de 12 (doze) estabelecimentos masculinos, 1 (um) feminino e 19 (dezenove) unissex, perfazendo um total de 32 (trinta e dois) unidades de tratamento.

2.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil

No que se refere à nova visão de tratamento do doente mental criminoso, surgiram diversos movimentos antimanicomiais no Brasil, que desde o final da década de 1970 lutam “*por uma sociedade sem manicômios*”. Entendendo que o tratamento, do paciente com transtorno mental, deve acontecer de forma integrada com a família e a sociedade e não de forma isolada como acontece hoje na maioria dos casos.

Observa-se que falar em manicômios pressupõe um desconforto na sociedade brasileira, porque historicamente existem credices contra pessoas que apresentam alguma doença mental (ver art. 26 e o parágrafo único do CP), ou seja, os popularmente conhecidos como *retardados* ou *loucos de todos os gêneros*. Ressalta-se ainda que o Brasil, como mencionado no parágrafo anterior, nos últimos trinta a quarenta anos, passa por reformas na área de tratamento psiquiátrico, tentando emplacar uma nova política de saúde mental, culminando no movimento popular dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), que defendem a bandeira por “*uma sociedade sem manicômios*” e lutaram pela aprovação da lei de saúde mental, Lei nº 10.216/2001.

Pronuncia Greco:

“É importante ressaltar que a classe médica, há alguns anos, vem se mobilizando no sentido de evitar a internação dos pacientes portadores de doença mental, somente procedendo à internação dos casos reputados mais graves quando o convívio do doente com seus familiares ou com a própria sociedade torna-se perigoso para estes e para ele próprio. Em virtude desse raciocínio, surgiu em nosso ordenamento jurídico a Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental”. (GRECO, 2006, p. 728).

Essa “lei de saúde mental” dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nota-se não ser uma legislação específica para os inimputáveis e semi-imputáveis penais, contudo, a eles também se aplica. No seu art. 2º, parágrafo único expõe os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, sendo direitos que preservam a dignidade da pessoa humana e buscam a recuperação do internado.

Jacobina também escreve sobre a reforma psiquiátrica fazendo duas abordagens jurídicas bastante significativas do que ele chama de loucura, enquanto essa pesquisa prefere a denominação de transtornos mentais e de comportamento. A primeira abordagem, o autor denomina de paradigma técnico, que se refere ao desenvolvimento da relação dos profissionais que lidam com os pacientes, e mesmo o desenvolvimento da questão da saúde mental na esfera da saúde pública. Quanto à segunda é chamada de paradigma jurídico, ou seja, a evolução na esfera do direito constitucional e do direito sanitário.

Para Jacobina: “*A evolução do paradigma técnico está abrangida pelo conceito amplo de reforma psiquiátrica, que, na verdade, é mais uma noção, um movimento, do que um conceito.* (...)”

De forma sintética, dir-se-ia que a reforma psiquiátrica, como hoje é vista no âmbito do direito sanitário, implica o reconhecimento da noção de cidadania como noção principal na abordagem do paciente em busca da saúde mental e passa por alguns parâmetros, que poderiam ser enumerados assim:

- a) *abordagem interdisciplinar da saúde mental, sem prevalência de um profissional sobre o outro;*
- b) *negativa do caráter terapêutico do internamento;*
- c) *respeito pleno da especificidade do paciente e da natureza plenamente humana da sua psicose;*
- d) *discussão do conceito de cura não mais como devolução ao paciente da sanidade perdida, mas como trabalho permanente de construção de um sujeito (eu) ali onde parece existir apenas um objeto de intervenção terapêutica (isso);*
- e) *denúncia das estruturas tradicionais como estruturas de repressão e exclusão;*
- f) *não-neutralidade da ciência;*
- g) *reconhecimento da inter-relação estreita entre as estruturas psiquiátricas tradicionais e o aparato jurídico-policial”.* (JACOBINA, 2008, p. 87 - 91):

Dessa maneira, depreende-se que o conceito de cidadania do inimputável criminoso (o que implica respeito aos direitos humanos, tratamento com dignidade e humanidade, humanização no atendimento, sendo este individualizado), sujeito ao manicômio judicial, é fundamental para que se consolide a reforma manicomial esperada por seus defensores.

Em análise de vários artigos sobre reforma psiquiátrica no Brasil, pode-se extrair uma série de diretrizes traçadas pelos movimentos antimanicomiais, quase sempre amparados pela nova legislação que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a lei nº 10.216/2001. Destarte, os movimentos pretendem a desativação gradual dos manicômios com a inserção dos agentes que sofrem de transtornos mentais na sociedade, apontando, ainda, problemas de identificação dos internados, que muitas vezes são abandonados pelos familiares, fato que restringe substancialmente a reinserção social.

Assim, nesse processo histórico por mudanças, os movimentos buscam o resgate da capacidade do sujeito de participar do universo das trocas sociais, de bens, palavras e afetos. Esse processo evidencia a própria mudança de postura da psiquiatria em relação ao tratamento do doente mental, pois a ciência psiquiátrica sempre responde ao problema da loucura com a solução da internação, exclusão do doente do seu meio social, fomentando estigmas sociais inviabilizadores da expressão subjetiva do indivíduo. O artigo sobre Reforma Psiquiátrica no Brasil especifica como marco dessa luta a crise da Dinsam (Divisão Nacional de Saúde Mental), que eclode em 1978:

“Os profissionais da área denunciavam as péssimas condições da maioria dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e vários foram demitidos. No mesmo ano, no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, uma caravana de profissionais da saúde demitidos no processo de lutas da Dinsam divulgou o Manifesto de Camboriú e marcou o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo, em 1979. Neste processo surge o principal protagonista da reforma psiquiátrica brasileira, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)”. (ARTIGO - a Reforma Psiquiátrica no Brasil, 2011, p. 02).

Depreende-se que o artigo em apreciação (2011, p. 05) foi escrito antes de 2009, visto existir um chamado para a sociedade participar de uma marcha pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, que ocorreria em 30 de setembro de 2009, contando com apoio de várias entidades, como o Conselho Federal de Psicologia.

Embora o movimento ainda não tenha atingido todas as suas metas, muito já foi alcançado como a aprovação da lei 10.216/01, além de causar uma série de discussões na sociedade sobre os direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais, tudo isso graças à contestação do modelo manicomial e da ideologia do acolhimento asilar. Dessa forma, busca-se uma ruptura entre o modelo atual e a ascensão de um novo.

Diante do exposto, chega-se ao entendimento que a reforma psiquiátrica, evidenciada principalmente com a lei nº 10.216/2001, praticou avanços importantes, como a busca de novas propostas terapêuticas, baseadas na ideia central de reinserção social do doente, bem como na busca da cidadania do louco. Entretanto, muitos obstáculos ainda se colocam no meio do caminho rumo ao processo de desinstitucionalização (isso na visão do movimento antimanicomial). Onde a aplicação de medidas de segurança, e especificamente da internação compulsória, representa apenas um desses desafios. Com isso a *“atuação estatal deve se pautar pela busca da emancipação do sujeito, entendida no aspecto político, pessoal, social e cultural, que lhe permita ser considerado numa perspectiva mais complexa que a generalizante e igualitarista, estimulando a convivência com a diferença”*. (CONFESSOR JÚNIOR, 2010, p. 05).

3 PRÁTICA LOCAL: APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO ESTADO DO TOCANTINS

A legislação penal assegura serem os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, outro estabelecimento adequado, os locais próprios para o cumprimento da medida detentiva ou restritiva (art. 101 da LEP). O Estado do Tocantins não possui este tipo de estabelecimento. Assim, buscou-se averiguar qual o mecanismo utilizado pelo magistrado diante do caso concreto, e ainda evidenciar o que na prática estaria sendo esse outro tipo de estabelecimento adequado.

Logo, sobre estabelecimento para cumprimento de medida de segurança detentiva, buscou-se uma fala do Secretário de Estado de Saúde do Tocantins, em resposta a um ofício do juiz Rafael Gonçalves de Paula – titular da 3ª Vara Criminal de Palmas-, que cobrava um local apropriado para os inimputáveis penais:

“Não há no Tocantins qualquer estabelecimento apto a receber o réu para tratamento indicado pelos peritos, vale dizer a medida de segurança detentiva. Disse ainda em outras unidades da federação as medidas detentivas estão sendo transformadas em medidas que possibilitem o tratamento dos acusados em regime aberto”. Sinalizando ser esta a providência a ser adotada in casu. (TOCANTINS, Estado do. 4ª Vara Criminal da Comarca de Palmas – TO. Autos nº 2007. 0008.0756-7/0 e apenso nº 2008.00038714-9. Ministério Público Estadual e A.C.S.H.K., 2007, p. 06 do processo de execução).

Buscaram-se dados do quantitativo de agentes submetidos às referidas medidas detentiva ou restritiva, com objetivo de fazer levantamento da demanda de agentes portadores de transtornos mentais e de comportamento. Todavia, esses dados não foram conseguidos por falta de estatística dos órgãos do judiciário e do executivo.

Dessa forma, em verificação de campo na Secretaria Estadual de Cidadania e Justiça, no dia 14 de março de 2011, descobriu-se que atualmente essa Pasta pertence à Secretaria da Segurança Pública. E junto à seção de Diretoria, Coordenação e Assessoria Jurídica de Acompanhamento de Execução Penal, que deveria ser o setor encarregado dos dados estaduais do cumprimento de medidas de segurança, não constam dados arquivados, pelo menos é o que informou a assessora jurídica da execução penal, Sr.^a. Nelziree Venâncio da Fonseca. Porém, a assessora confirmou a falta do estabelecimento adequado e indicou que essa pesquisa fosse feita junto ao setor chamado CEPEMA, ligado à vara de execuções penais.

Na Vara de Execuções Penais que funciona juntamente com a 4ª Vara Criminal de Palmas, sob a tutela do Juiz de Direito Luiz Zilmar de Souza Pires (ainda em 2014), os servidores daquela repartição instruíram ao pesquisador da necessidade de fazer um requerimento administrativo, solicitando os dados necessários para o desenvolvimento desse trabalho.

O referido pedido foi protocolado no dia 16 de março de 2011, onde explica o objeto inicial da pesquisa e a que se propõe, ou seja, ao estudo do *instituto da medida de segurança e os manicômios judiciais no Estado do Tocantins*, contendo os seguintes pedidos:

- Toda e quaisquer informações sobre aplicação ou cumprimento de medida de segurança no Tocantins;

- Índices estatísticos de pessoas que já cumpriram ou estão cumprindo medida de segurança no Estado;

- Possibilidade de manusear um processo já transitado em julgado, em que o autor foi submetido à medida de segurança;

De posse dos dados pretende-se investigar:

- Para onde essas pessoas consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis vão, uma vez que no nosso Estado não existe hospital de custódia e tratamento psiquiátrico;

- Se vão para a Casa de Prisão Provisória de Palmas; ou para o Centro de Atenção Psicossocial; se vão para tratamento ambulatorial; ou cumprem prisão domiciliar; ou ainda outras possibilidades;

- Qual a demanda de pessoas com problemas mentais e qual o diagnóstico dos laudos;

- Possibilidade de fazer um estudo de caso.

A solicitação foi deferida dias depois, onde o magistrado despachou que as informações devem ser colhidas em cartório e que somente poderia manusear autos em balcão.

Contudo, os servidores da vara de execução penal afirmam não ser possível fazer a coleta dos dados necessários para aprofundar essa pesquisa, afirmando serem poucos os casos e que não possuem as informações estatísticas, além de não terem disponibilidade temporal para executarem mais essa tarefa.

No mais, disponibilizaram um processo crime (4ª Vara Criminal da Comarca de Palmas – TO. Autos nº 2007. 0008.0756-7/0 e apenso nº 2008.00038714-9), de doença mental, para o manuseio em balcão, não sendo permitida a reprodução de qualquer peça, porém esses autos serviram para fazer um estudo de caso para essa monografia (4º capítulo).

Mais uma vez em campo, procurou-se conhecer o que seria a CEPEMA, órgão ligado à vara de execução penal, em busca de dados para melhor fundamentar essa pesquisa. Esta sigla significa Central de Execuções de Penas e Medidas Alternativas (CEPEMA). Uma psicóloga desse organismo informou que não tinha nenhum caso de cumprimento de medida de segurança, pois essa não era atribuição do mesmo. Desse modo, a CEPEMA cuida do cumprimento de medidas alternativas do sentenciado imputável, que por sua vez permanece no convívio da sociedade, mantendo laços familiares, vínculos empregatícios e comunitários.

4 ESTUDO DE CASO

Neste item buscou-se relatar, através de um caso concreto, a execução das medidas de segurança no Estado do Tocantins, da mesma forma, ficou evidenciado o grave problema enfrentado pelo poder judiciário e sociedade em geral, devido à inexistência de local apropriado para o tratamento dos inimputáveis penais.

Depois de muitas visitas à 4ª Vara Criminal de Palmas-TO, que também acumula a função de Vara de Execução Penal da Comarca da Capital, constatou-se a presença de pelo menos 05 (cinco) casos de processos para aplicação de medidas de segurança (não sendo números absolutos, pois os servidores não contam com dados estatísticos), sendo 03 para tratamento ambulatorial, e, 02 (dois) para internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

Diante da análise processual, esclareceu-se o objetivo precípuo dessa pesquisa: qual o destino dado aos presos considerados inimputáveis e semi-imputáveis e, dessa forma, sujeitos à aplicação da medida de segurança no Estado do Tocantins, uma vez que este Estado não possui tais estabelecimentos. Portanto, verificou-se que muitos ficam reclusos no sistema penitenciário comum, outros na casa de prisão provisória de Palmas e em quase todas as decisões na capital, devido à falta de local apropriado, acabam sendo de medida curativa junto ao Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, ainda que este enfatize não ter condições adequadas para cuidar desses pacientes. Desse modo, verificou-se ainda o encaminhamento de agentes para tratamento ambulatorial para o Centro de Consultas Especializadas de Palmas – CECEP –, onde primeiramente o paciente deve passar por clínico geral da unidade de saúde da quadra onde mora e apenas depois ser agendado consulta com especialista psiquiatra.

Importante mencionar que o cumprimento de medida de segurança no CAPS de Palmas (CAPS II centro de atenção psicossocial), é um tanto quanto complicado, visto ser uma unidade de tratamento de “portas abertas” destinadas às pessoas portadoras de transtorno mental sem histórico de violência. Assim, esse centro de tratamento funciona em Palmas-TO, das 08h às 18h e de segunda a sexta- feira.

Diante desses dados, depreende-se que existe um número razoável de unidades de atendimento psicossocial; porém, não foi averiguado na prática se todas contam realmente com atendimento especializado de psiquiatria. Como se trata de atendimento ambulatorial, em geral necessita de encaminhamento de um clínico geral para posterior agendamento com especialista em dia e hora determinados. Não configurando tratamento psiquiátrico ininterrupto, como é o caso da necessidade no cumprimento de medidas de segurança, em que sempre precisará de uma equipe especializada disponível.

Quanto à clínica de internação com especialidade em psiquiatria, tem-se a Clínica particular de repouso São Francisco, localizada em Araguaína, que mantém convênio de atendimento com o Governo do Estado do Tocantins. Porém, salienta-se tratar de clínica e não de hospital, desse modo, apresenta suas limitações no tratamento de medidas detentivas, como ficou evidenciado na análise processual do paciente A.C.S.H.K.

4.1 Análise dos autos do inimputável A.C.S.H.K.

Neste subtítulo faz-se um diagnóstico dos autos nº 2007. 0008.0756-7/0 e apenso nº 2008.00038714-9, do agente inimputável A.C.S.H.K., processos que estão disponíveis na 4ª Vara Criminal da Comarca de Palmas – TO, que também acumula a função de Vara de Execução Penal.

O caso se refere a um inimputável de nomenclatura A.C.S.H.K., onde se verificou ter o referido agente várias imputações penais na comarca de Palmas, em síntese com a tipificação do crime de furto, art. 155 do CP.

O primeiro auto de nº 2007. 0008.0756-7/0 trata-se do transcorrer da ação penal, enquanto o de nº 2008.00038714-9 – que se encontra apenso, versa sobre a execução pós sentença. Quanto ao assunto, dispõe-se ser interdição hospitalar (psiquiatria), com data de autuação de 09 de fevereiro de 2011, estando na 4ª vara criminal / execução penal.

No laudo de exame de insanidade mental, fundamental para a constatação de inimputabilidade, constatou-se que o réu sofre de transtorno de personalidade antissocial, psicopatia, epilepsia, com recomendação de internação em manicômio judicial de maneira ininterrupta.

De tal modo, veja-se a conclusão do laudo feito por dois peritos do Instituto Médico Legal do Estado, datado de 25 de abril de 2005:

*“O réu apresenta transtorno mental orgânico e tem personalidade anti-social (psicopata) agravada pelo referido transtorno, agressividade e reincidência na prática delituosa, portanto, ele não tem condições de se determinar com o seu entendimento, se tornando inimputável, também temos que relatar que o mesmo apresenta alta periculosidade e por isso **ele não deve ser encaminhado à clínica psiquiátrica e sim a um manicômio judiciário para cumprimento de medida de segurança detentiva**”*. (TOCANTINS, Estado do. 4ª Vara Criminal da Comarca de Palmas- TO. Autos nº 2007. 0008.0756-7/0 e apenso nº 2008.00038714-9. Ministério Público Estadual e A.C.S.H.K., 2007, 2011, p.17, grifo nosso).

Registra-se que o agente passou por três perícias médicas de incidente de insanidade mental e em todas se constatou a característica de personalidade antissocial, psicopatia. Ressalta-se que o paciente já foi internado para tratamento de transtorno mental decorrente da disfunção orgânica cerebral (epilepsia). Com esse diagnóstico, nota-se que os peritos sempre mencionam para o poder judiciário o alto grau de periculosidade do réu, com grandes chances de que quando estiver em liberdade voltar a praticar crimes, tendo isso já acontecido após a primeira liberdade provisória do agente inimputável.

Na primeira passagem do agente pela Casa de Prisão Provisória de Palmas – CPP- verificou-se em um pedido de liberdade provisória depoimento de uma psicóloga do recinto sobre o A.C.S.H.K.: “Como característica de personalidade, manifesta elevado estado de agressividade, com alteração do equilíbrio emocional, agitação e ansiedade, devido à situação circunstancial à síndrome de abstinência de uso de drogas” (4ª Vara Criminal da Comarca de Palmas – TO, 2011, p.9).

Contudo, o Ministério Público Estadual manifestou-se contrário à liberdade pleiteada, por se tratar de pessoa com transtorno de personalidade, do tipo antissocial, com comportamento inadequado e agressivo, destarte, risco iminente para a sociedade. Ao final, pugnou pela internação em clínica especializada com fundamento na lei antimanicomial, lei 10.216/2001, art. 6º, III.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Diante dessa situação e em virtude da falta de local apropriado para o tratamento do inimputável penal no Estado, o juiz de direito Gil de Araújo Correia oficiou à secretaria da Segurança Pública para providenciar um estabelecimento apropriado para internação do paciente em uma unidade da federação, pois a perícia concluiu pela insuficiência da clínica de repouso São Francisco em Araguaína – TO. Porém, não foi encontrado vaga em outra unidade de tratamento.

Na sentença, o juiz da 3ª Vara Criminal de Palmas-TO, reconheceu o transtorno de personalidade do agente, visto através dos laudos de incidente de insanidade mental, e consternado com a situação do inimputável, registra a extinção da punibilidade do réu:

“O réu é portador de distúrbio mental grave, devendo-se acreditar que é por isso que tem agido de maneira contrária a lei. Mantê-lo indefinidamente preso significaria, numa análise crua, torná-lo um renegado social, o que não é concebível. Afinal, o réu é um ser humano e deve ser tratado como tal, ou seja, com todo o respeito e consideração que merece. (...) a responsabilidade pela situação de pena ao invés de medida de segurança dever ser atribuída exclusivamente ao Estado que não ofertou meios para tratar a patologia do acusado”. (4ª Vara Criminal da Comarca de Palmas – TO, 2011, p.31).

Destarte, a extinção de punibilidade se deu pelo fato do réu ser considerado inimputável. Do mesmo modo, determinou-se a aplicação de medida de segurança de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, conforme os artigos

96, I com 97 do CP. Porém, verificou-se a substituição da medida de internação por tratamento ambulatorial no centro de atenção psicossocial – CAPS, isso em face da já mencionada deficiência estatal quanto à existência de estabelecimento apropriado para o cumprimento das medidas de segurança.

Verificou-se que a tentativa de tratamento no CAPS, por sua vez, restou infrutífera, por não ter essa instituição estrutura adequada para cuidar dessa espécie de paciente, agressivo, violento e perigoso. Enquanto isso, o juízo de execução penal aguarda a localização de um hospital especializado para tratar o paciente em estudo.

Sales, que também desenvolveu trabalho monográfico na área das medidas de segurança na comarca de Palmas, chegou à seguinte conclusão quanto ao encaminhamento para tratamento no CAPS:

“Percebeu-se também, que embora aplicada, há uma dificuldade quanto à execução referente ao local do tratamento ambulatorial, posto que no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial desta comarca inexistente ambulatório, e o encaminhamento ao CECEP – Centro de Consultas Especializadas de Palmas – TO, requer uma certa burocracia, porquanto deverá ser agendado após consulta prévia e encaminhamento do Clínico-Geral, da Unidade de Saúde da quadra onde reside o paciente.

Observa-se que esse procedimento é totalmente desestimulante, pois o agente que praticou um ilícito penal, estando sob tutela do Estado, para ser diagnosticado, deverá enfrentar fila, pegar senha, para somente depois ser tratado.

Com esta pesquisa de campo, notou-se que inexistente uma fiscalização quanto ao cumprimento da Medida de Segurança, sendo que uma vez aplicada, caberá a quem irar executá-la encaminhar relatório descrevendo as atividades desenvolvidas com o paciente. Todavia, inexistente qualquer política no sentido de saber se esse paciente está tomando os medicamentos de maneira correta, ou como está se relacionando em sociedade. É como se estivessem em liberdade, e essa falta de fiscalização gera problemas, como por exemplo, o reeducando G. P. d. S., que até a presente data se encontra foragido”. (SALES, 2009, p. 52).

Do mesmo modo, dois anos após a pesquisa realizada por Sales, observa-se que no ano de 2011, a situação da aplicação das medidas de segurança no Tocantins continua semelhante, pois ainda não foi construído local específico para cumprimento das medidas detentivas e restritivas, com foco em tratamento humanitário e curativo desses pacientes. Com isso, o poder executivo deixa nas mãos dos juízes a atribuição de julgar e ainda de procurar um local para o tratamento dos inimputáveis.

Nota-se ainda, dentro do processo, a preocupação e indignação da família do inimputável, vez que o réu encontra-se em uma cela em separado da Casa de Prisão Provisória de Palmas, enquanto aguarda vaga em um local apropriado para tratamento. Tal indignação é evidenciada em um ofício enviado pela Igreja da Graça de Deus Renovada, assinada pelo Bispo Potência Kenned, pai do réu, endereçado ao juiz de execução penal de Palmas, o Sr. Luiz Zilmar, o bispo relata toda a situação do inimputável, fala sobre três determinações judiciais para internação do paciente em clínica especializada em psiquiatria e fala sobre o descaso estatal, cogitando enviar os autos ao Conselho Nacional de Justiça – CNJ – para que tome providências contra o executivo e os secretários da saúde, segurança e cidadania e afins por improbidade administrativa pelo não cumprimento de ordens judiciais.

5 ESTUDOS SOBRE A LEI 10.216 DE 2001

A norma dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, datada de 6 de abril de 2001. Nota-se não ser uma legislação específica para os inimputáveis penais, contudo, a eles também se aplica. Desse modo, no intuito de recuperar o internado, dispõe de três tipos de internação psiquiátrica, sempre acompanhada de laudo médico circunstanciado com demonstração dos motivos da restrição ao direito de liberdade, sendo elas: internação voluntária, internação involuntária e internação compulsória. Essa última trata-se de objeto de estudo desse trabalho, por ter característica obrigatória e ser determinada pela justiça, como se verifica no caso da internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. (BRASIL, 2001).

Sobre a internação compulsória, conclui Sales:

“Vê-se, portanto, que a Medida de Segurança consiste nessa modalidade genericamente descrita acima, contudo, restringe-se à incidência do campo penal. Diante disso, nota-se que a internação, inclusive a determinada pela Justiça, não apenas é o último instrumento a ser utilizado no trato para com os inimputáveis, como também depende de laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos.

Entretanto, se torna relevante enfatizar que essa internação não foi abolida pelo ordenamento jurídico, o que se pretende é impossibilitá-la, como uma forma de exclusão social”. (SALES, 2009, p.34).

Assim, quando do cumprimento das medidas de segurança, seja ela detentiva ou restritiva, deverá o magistrado de execução penal determinar a internação compulsória do paciente ou simplesmente decidir pelo tratamento ambulatorial em caso menos grave, pautando sempre por razões de prevenção e na questão da periculosidade do delinquente, ainda que seja a internação compulsória uma exceção, pois o que se pretende é o tratamento do paciente no próprio meio social.

Compreende-se, que a visão otimista do referido autor em muito se difere da prática do cumprimento das medidas de segurança, ainda que a nova legislação buscasse um rompimento com as internações manicomiais, percebe-se que a presença dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico em muito facilitam o trabalho do juízo de execução. Uma vez que, onde eles existem servem de referência para a internação dos inimputáveis e onde eles não existem acaba por fazer com que esses agentes cumpram medidas no sistema penitenciário comum ou simplesmente fique em liberdade (como é o caso do Estado do Tocantins), tendo em vista os CAPS não terem estrutura para acomodarem tais pacientes. Desse modo, a lei trouxe um discurso de permanência do portador de transtorno mental no meio social, uma fala de inclusão, porém não providenciou estrutura humana nem estabelecimentos apropriados para o novo modelo.

Ainda assim, o retrato histórico que se tem dos manicômios judiciais é de locais de exclusão do internado, com maus-tratos e tratamentos desumanos, como se constata no discurso de Oliva:

“O modelo da instituição manicomial e todas as outras instituições anteriores a ela desconsideram o sujeito portador do transtorno mental como sujeito possuidor de direitos. Ele era apenas um “pedaço de carne” improdutivo, e que, por isso, deveria ser excluído da sociedade, para não “subvertê-la”. Era um modelo, portanto, segregacionista, e que não reafirmava nem assegurava os direitos constitucionais fundamentais, nem os direitos humanos básicos.

A proteção à sociedade, então, era colocada num patamar muito superior aos direitos individuais, e a única maneira de se alcançar a segurança social era através do recolhimento dos “loucos” a asilos. Os “recolhidos” sempre foram vítimas de maus-tratos e tratamento subumanos. E nunca houve um efetivo comprometimento de cuidado, por parte destas instituições, com a saúde e com a reinserção social dessas pessoas com transtorno mental”. (OLIVA, 2009, p. 4).

Assim, devido à exclusão social do agente submetido à medida de segurança nasceu o movimento antimanicomial (tratado em tópico anterior), que até os dias atuais busca a reinserção desses pacientes no seio da sociedade, onde a aprovação de lei de saúde mental representa avanço incontestável. Destarte, a luta por tratamento humanizado e sem discriminação, por respeito aos direitos individuais continua.

Preconiza o art. 2º, parágrafo único, da aludida lei 10. 216/2011 são direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001).

A lei de saúde mental, afirma ainda, ser de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental e assistência, contando com participação da sociedade e da família, devendo ser prestada em estabelecimento de saúde mental. Na atualidade os CAPS apresentam-se como modelo dessa nova política, onde a internação psiquiátrica passa a ser exceção e não a regra. Como se verifica no art. 4º e seus parágrafos da citada lei, vedando a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, os de outrora conhecidos como manicômios judiciais. Por fim, atribui ao Conselho Nacional de Saúde a incumbência para criar comissão nacional para acompanhar a implementação desta lei.

CONCLUSÃO

Ante o exposto neste trabalho, buscou-se colocar de forma didática um apanhado doutrinário e jurisprudencial sobre o Instituto das medidas de segurança e os manicômios judiciais no Estado do Tocantins. Desse modo, esse estudo visa proporcionar uma consulta rápida para estudantes, concurseiros e demais operadores do direito. Deste modo, ao longo da pesquisa ficou comprovado a afirmação de falta de local próprio para a internação de inimputáveis e semi-imputáveis penais no Estado do Tocantins. Assim, a evidência da inexistência de estabelecimento próprio para o cumprimento da medida de segurança foi comprovada através de pesquisa de campo e da análise de jurisprudências da Corte Tocantinense, que por diversas vezes externou essa situação de desrespeito aos agentes portadores de transtornos mentais ou de comportamento e a sociedade de forma geral.

De tal modo, diante do problema que se propôs a pesquisar, constatou-se que o agente submetido a qualquer uma das espécies de medidas de segurança, seja ela detentiva ou a restritiva, acaba por cumprir seu “tratamento” no sistema penitenciário comum, com observação na decisão judicial para o inimputável ficar em uma cela em separado dos demais detentos.

Verifica-se ainda, que desde a aprovação da lei antimanicomial nº 10.216/01, intensificou-se as discussões sobre os direitos humanos das pessoas internadas com transtorno mental responsável pelo cometimento de algum tipo de crime, e sobre o direito social das famílias de acompanhar e assistir os seus entes com perturbação mental. Igualmente, essa lei tornou-se a principal vitória dos movimentos antimanicomiais que surgiram no Brasil nos últimos 30 anos, buscando uma nova forma de cuidar dos criminosos portadores de transtornos mentais.

Portanto, com esse estudo confirma-se que os manicômios judiciais precisam de uma nova roupagem, não só de nome como ocorreu com a reforma do código penal em 1984, quando passou a denominar-se hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, mas também na forma de inclusão social e ressocialização do paciente, fato que ocorreu na teorizada com o advento da lei de saúde mental em 2001.

Seguindo o mesmo raciocínio, compreende-se que o Estado do Tocantins precisa de um local específico para o tratamento dos agentes inimputáveis penais, aplicando a nova visão de tratamento determinada pela legislação e pelos ditames dos conhecimentos da psiquiatria e da psicologia forense, porém deve ser um tratamento amplo, com equipe multidisciplinar, voltado para o agente e para sua família, talvez um programa semelhante ao desenvolvido no Estado de Minas Gerais (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário de Sofrimento Mental - PAI-PJ- que cuida da assistência dos doentes mentais que cometeram algum delito e é realizado pelo próprio Tribunal de Justiça de Minas Gerais, sendo realizado

acompanhamento do portador de sofrimento mental que cometeu algum crime). Com isso, os doentes mentais criminosos terão a possibilidade de voltarem saudáveis para suas famílias e para a sociedade, sem apresentarem “perigo” ou “risco” para si mesmo e para as pessoas que estão em sua volta, conseqüentemente, possibilitará a diminuição de cumprimento de medida de segurança de forma perpetua em nome da proteção coletiva e desrespeitando dos direitos individuais do sentenciado.

Reputa-se ainda que este artigo seja apenas parte de um todo, qual seja o livro de minha autoria: O Instituto das Medidas de Segurança e os Manicômios Judiciais no Estado do Tocantins. E que ainda existem mais dois artigos oriundos dessa mesma fonte, artigo 1) espécie de sanção penal: das medidas de segurança; e artigo 2) medicina legal e sua aplicação prática no direito processual penal.

REFERÊNCIAS

- ANDREUCCI, Ricardo Antonio. **Manual de direito penal**. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 2008.
- ASSIS, Machado. **O alienista**. Disponível em www.virtualbooks.com.br. Baixado em 25 de novembro de 2011.
- BETANHO, Luiz Carlos. **Código penal e sua interpretação jurisprudencial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1997.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. **Código penal comentado**. São Paulo: Saraiva, 2002.
- BRASIL. **A reforma psiquiátrica no Brasil**. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Reforma_psiqui%C3%A1trica_no_Brasil. Acesso em 5 de março de 2011.
- BRASIL. Sítio. <http://portal.mj.gov.br/>. Acesso em 14 de março de 2011.
- BRASIL. Sítio do <http://cnes.datasus.gov.br/>, acessado em 01 de dezembro de 2011.
- BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.
- BRASIL. **Código penal**. Decreto-lei nº 2.848, de 1940.
- _____. **Código de processo penal**. Decreto-lei nº 3.689, de 1941.
- BRASIL, **Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins**. REO nº 1558 (07/0054236-1), Rel. Des. Willamara Leila De Almeida. Disponível: <www.tj.to.gov.br> Acesso 15 novembro 2011.
- BRASIL. **Tribunal de Justiça de Minas Gerais**. http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/index.html. Acessado em 05 de dezembro de 2011.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistencial em saúde mental.
- CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal: parte geral**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.
- CONFESSOR JÚNIOR, Waldeci Gomes**. A internação compulsória no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. 2010. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/14967/a-internacao-compulsoria-no-contexto-da-reforma-psiquiatrica-brasileira>. Acesso em 25 de novembro de 2011.
- CORRÊA JÚNIOR, Luiz Carlos Bivar. **Direito processual penal**. 5. ed. Brasília: Vestcon, 2009.
- DELMANTO, Celso. DELMANTO, Roberto. DELMANTO JUNIOR, Roberto. DELMANTO, Fabio Machado de Almeida. **Código penal comentado**. 5 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.
- FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara

Koogan, 2008.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESMPU, 2008.

MARANHÃO, Odon Ramos. **Curso básico de medicina legal**. 8. Ed. São Paulo: Malheiros Editores LTDA, 2002.

NORONHA, E. Magalhães. **Direito penal**. São Paulo: Saraiva, 1991.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código penal comentado**. 5. ed. São Paulo: Editora dos Tribunais, 2005.

JESUS, Damásio E. de. **Direito penal**. 23. ed. v. 01. São Paulo: Saraiva, 1999.

OLIVA, Mariana. **Aspectos humanistas e constitucionais do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCT)**. Revista do Curso de Direito da UNIFACS, vol. 105 (2009). Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/545>>. Acesso em: 06 dez. 2011.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de direito penal: parte geral**. 8ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

SALES, Gabriela Alves Lima. **A efetividade das medidas de segurança na comarca de Palmas – TO, nos moldes da lei nº 10.216/2011**. 2009. 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2009.[Orientador: Prof. Breno de Oliveira Simonassi].

TOCANTINS, Estado do. 4ª Vara Criminal da Comarca de Palmas-TO. **Autos nº 2007.0008.0756-7/0 e apenso nº 2008.00038714-9**. Ministério Público Estadual e A.C.S.H.K., 2007.